

Kirchberg, Jana

*Selbstverletzendes Verhalten – unter Berücksichtigung der
Borderline – Persönlichkeitsstörung*

DIPLOMARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA (FH)

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCE

Fachbereich Soziale Arbeit

Roßwein, 2009/ 2010

Kirchberg, Jana

*Selbstverletzendes Verhalten – unter Berücksichtigung der
Borderline – Persönlichkeitsstörung*

eingereicht als

DIPLOMARBEIT

Zur Erlangung des akademischen Grades
Diplom-Sozialarbeiter/ Sozialpädagoge (FH)

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA (FH)

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCE

Fachbereich Soziale Arbeit

Roßwein, 2009/ 2010

Erstprüfer: Frau Prof. Dr. Ehlert

Zweitprüfer: Herr Prof. Dr. Schütt

Die vorgelegte Arbeit wurde verteidigt am

Bibliografische Beschreibung:

Kirchberg, Jana:

Selbstverletzendes Verhalten- unter Berücksichtigung der Borderline – Persönlichkeitsstörung. 80 Seiten

Mittweida/ Roßwein, Hochschule Mittweida (FH) – University of Applied Sciences, Fachbereich Soziale Arbeit,
Diplomarbeit, 2009/ 2010

Referat:

Die Diplomarbeit befasst sich ausführlich mit dem Themengebiet „Selbstverletzendes Verhalten“. Den Anfang der Arbeit bildet allerdings die Borderline-Thematik, welche häufig als Diagnose in Verbindung mit selbstverletzenden Verhalten auftritt. In diesem Zusammenhang wird auf die Fragestellung eingegangen, ob Borderline mit Selbstverletzung gleichgesetzt werden kann. Im weiteren Verlauf der Arbeit wird Selbstverletzung umfangreich aus den verschiedensten Aspekten betrachtet. Wichtige Fragen, die in diesen Zusammenhang bearbeitet werden, sind beispielsweise: Was bewegt Menschen, sich selbst zu verletzen? Ist selbstverletzendes Verhalten eine eigenständige psychische Störung oder „nur“ ein Symptom? Wie kann die soziale Arbeit helfen? etc.

Der Schwerpunkt der Arbeit und zur Beantwortung liegt hierbei auf intensiven Literaturrecherchen, durch die die vorhandenen wissenschaftlichen Fragestellungen ermittelt und dementsprechende Antwortmöglichkeiten gefunden werden sollen. Überdies werden partiell meine Erfahrungen als Betroffene einfließen.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

0	Einleitung	1
1	Die Borderline-Persönlichkeitsstörung als themenübergreifendes Beispiel	3
1.1	Einleitung	3
1.2	Die Borderline-Persönlichkeitsstörung – ein Definitionsversuch	4
1.3	Annäherung an die Borderline-Störung oder: Klassifikation nach ICD-10 und DSM-IV	6
1.3.1	Einteilung nach ICD-10	6
1.3.2	Einteilung nach DSM-IV	7
1.4	Kriterien nach DSM-IV oder: Symptome einer Borderline-Persönlichkeitsstörung	8
1.5	Epidemiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung	16
1.6	Zusammenfassung	17
1.7	Borderline und Selbstverletzendes Verhalten	18
2	Selbstverletzendes Verhalten: Definition und Abgrenzung von anderen Begriffen	20
2.1	Begriffsbestimmung Selbstverletzendes Verhalten	20
2.2	Abgrenzung von artifiziellen Krankheiten	21
2.3	Abgrenzung von indirekter Selbstverletzung	25
2.4	Abgrenzung vom Suizid	26
3	Rituale und alltägliche Formen der Selbstverletzung	28
3.1	Rituelle und religiöse Selbstverletzung	28
3.2	Alltägliche Selbstverletzung	31
4	Selbstverletzung als Krankheit	33
4.1	Epidemiologie	34

4.2	Formen der Selbstverletzung	37
4.3	Diagnostische Zuordnung der Selbstverletzung	41
4.3.1	Selbstverletzendes Verhalten: Eine Impulskontrollstörung?	44
4.3.2	Selbstverletzendes Verhalten: Eine Abhängigkeitsstörung?	45
4.4	Funktionen der Selbstverletzung	47
4.4.1	Allgemeine Aspekte	47
4.4.2	Intrapersonelle Funktionen	49
4.4.3	Interpersonelle Funktionen	53
4.4.4	Zusammenfassung	55
5	Erklärungsansätze für selbstverletzendes Verhalten	56
5.1	Biologische Erklärungsmodelle	56
5.1.1	Endorphinhypothese	56
5.1.2	Serotoninhypothese	57
5.1.3	Dopaminhypothese	57
5.1.4	Zusammenfassung	58
5.2	Lerntheoretische Erklärungsmodelle	58
5.2.1	Operantes Konditionieren	58
5.2.2	Frustrations-Aggressions-Hypothese	59
5.2.3	Modelllernen	60
5.2.4	Zusammenfassung	60
5.3	Psychoanalytische Erklärungsmodelle	61
5.3.1	Deprivationserlebnisse	61
5.3.2	Traumatische Einflüsse	63
5.3.3	Sexualisierte Gewalt	64
5.3.4	Zusammenfassung	65
6	Sozialpädagogische Interventionsmöglichkeiten bei selbstverletzenden Verhalten	66
6.1	Grundsätze professionelle Sozialer Arbeit	66
6.1.1	Die Lebensweltorientierung	66
6.1.2	Empowerment	69
6.2	Konsequenzen für die Soziale Arbeit in Verbindung mit selbstverletzenden Verhalten	70

6.2.1	Elemente der Begleitung durch Soziale Arbeit	70
6.2.2	Angebote Sozialer Arbeit für Menschen mit selbstverletzenden Verhalten	73
6.2.3	Themenübergreifende Handlungsnotwendigkeiten der Sozialen Arbeit	74
6.2.4	Möglichkeiten der Selbsthilfe	75
6.2.5	Zusammenfassung	77
7	Schlusswort	78
	Literaturverzeichnis	81
	Erklärung zur selbstständigen Anfertigung	85

Abkürzungsverzeichnis

Anm. d. Verf.	Anmerkung der Verfasserin
BPS	Borderline - Persönlichkeitsstörung
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
ebd.	ebenda
et al.	et alli [lat.] und andere
i. d. R.	in der Regel
m. E.	meines Erachtens
u. U.	unter Umständen
sog.	so genannt(e)
SV	Selbstverletzung
SVV	Selbstverletzendes Verhalten
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel

0 Einleitung

„Ich schneide mein Leben in Stücke.

Dies ist mein letzter Ausweg.

Leiden. Kein Atmen.

Es ist mir egal, ob ich meine Arme blutig schneide.“¹

In Film, Musik und Literatur wird die Thematik „Selbstverletzendes Verhalten“, immer wieder aufgegriffen. Das Zitat aus dem Song „Last resort“ steht nur stellvertretend für eine Vielzahl künstlerischer Darstellungen.

Eine zentrale Rolle spielt selbstverletzendes Verhalten beispielsweise in Elfriede Jelineks Roman „Die Klavierspielerin“ (1983). Musikalisch wird Selbstverletzung außerdem z.B. bei Subway to Sallys „Narben“ und Eminems „Stan“ thematisiert. Auch in Filmen wird selbstverletzendes Verhalten aufgegriffen. Als Beispiele können hier die Filme „Durchgeknallt“, „Secretary“ und „Dreizehn“ genannt werden. Darüber hinaus ist Selbstverletzung auch bei Prominenten verbreitet: Die bekanntesten Betroffenen dürften Lady Diana, Johnny Depp oder Angelina Jolie sein.

Der Gedanke, sich freiwillig Schmerz zuzufügen, schreckt viele Menschen ab und erzeugt Unverständnis. Es scheint ein Paradoxon, dass durch die Hilfe selbst zugefügter körperlicher Schmerzen der seelische Schmerz gelindert wird. Ebenso ist es für Außenstehende nicht nachvollziehbar, dass der Anblick von Blut Erleichterung und Entspannung bedeuten kann.

Demgegenüber steht die Tatsache, dass dieses Verhalten für die Betroffenen meist der einzige Weg ist, sich am Leben zu halten bzw. ins Leben zurückzufinden. Diese Sichtweise kann ich nachvollziehen, denn auch ich habe mich selbst verletzt. Für mich hat dieses Verhalten nichts Unverständliches oder Abschreckendes.

¹ Textauszug: Papa Roach – „Last resort“

Ich kenne ebenfalls die Situationen, in denen man scheinbar keine andere Möglichkeit sieht als sich selbst weh zu tun. Auch ich weiß, wie manche Menschen reagieren, wenn sie mit dem Thema bzw. den Narben konfrontiert werden.

Das Anliegen meiner Arbeit ist es deshalb, über selbstverletzendes Verhalten zu berichten und etwas nicht Greifbares greifbar zu machen. Im Zuge dessen tauchen einige Fragen auf, die es zu beantworten gilt:

- Was ist selbstverletzendes Verhalten?
- Was bewegt Menschen, sich selbst zu verletzen?
- Ab wann ist selbstverletzendes Verhalten krankhaft?
- Kann selbstverletzendes Verhalten „nur“ als ein Symptom angesehen werden oder stellt Selbstverletzung eine eigenständige psychische Störung dar?
- Wie kann die soziale Arbeit helfen bzw. wie kann ein Bezug zur sozialen Arbeit hergestellt werden?

Den Anfang meiner Arbeit bildet die Borderline-Thematik, welche häufig als Diagnose in Verbindung mit selbstverletzenden Verhalten auftritt. In diesem Zusammenhang möchte ich die Fragestellung erläutern, ob Borderline mit Selbstverletzung gleichgesetzt werden kann. Im weiteren Verlauf meiner Arbeit wird Selbstverletzung definiert und von anderen Erkrankungen abgegrenzt. Zudem werden die Formen der Selbstverletzung thematisiert, die kulturell fundiert, verbreitet und sozial akzeptiert sind. Den Hauptaspekt soll das Themengebiet „Selbstverletzung als Krankheit“ darstellen, in dessen Anschluss auch die Erklärungsansätze bearbeiten werden. Den Abschluss bilden Interventionsmöglichkeiten in Bezug zur Sozialen Arbeit.

Diese Arbeit behandelt Borderline und Selbstverletzung auf der Grundlage der mir vorliegenden Fachliteratur. Primär möchte ich die Thematik „von außen“ betrachten. Allerdings ist es für mich unvermeidlich, dass ich an gegebener Stelle Erfahrungen einfließen lasse.

1 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung als themenübergreifendes Beispiel

1.1 Einleitung

Borderline-Störungen (aus dem Englischen: „Grenzlinie“) werden heutzutage vor allem bei jungen Erwachsenen so häufig diagnostiziert, dass die Diagnose scheinbar eine Modediagnose und die Störung selbst ein Phänomen der Neuzeit zu sein scheint.

Dem ist nicht so: Die Borderline-Störung ist eine schwerwiegende psychische Erkrankung und erste Beschreibungen des Krankheitsbildes traten bereits Ende des 17. Jahrhunderts auf. Diese gehen auf den englischen Arzt Thomas Sydenham zurück, der in einem Brief über seine Patienten schrieb: „Sie lieben diejenigen ohne Maß, die sie ohne Grund hassen werden.“ (zit. n. Niklewski, G., Niklewski, R. 2006, S. 17). Dieses Zitat verdeutlicht die Intensität und die Widersprüchlichkeit der Erkrankung, mit denen die Betroffenen tagtäglich konfrontiert werden. Auch Sydenham beschreibt die impulsiven Ausbrüche von Wut, Schmerz oder Angst. Jedoch bezeichnet er diese Störung nicht als „Borderline“. Für Frauen wählte er den Begriff „Hysterikerin“ und für Männer den Begriff „Hypochonder“ (vgl. ebd. 2006, S. 17).

Es folgte ein langer Weg, in dessen Verlauf immer wieder versucht wurde, sich der Störung begrifflich zu nähern und sie sowohl für die Fachwelt als auch für Betroffene greifbarer zu machen. Erst im 20. Jahrhundert wurde Borderline als Erkrankung international anerkannt und fand Eingang in die internationalen Klassifikationssysteme (vgl. Schäfer, Rütther, Sachsse 2007, S. 9). Generell lässt sich festhalten, dass Borderline für Betroffene und Angehörige eine Herausforderung und oftmals eine schwierige, aber nicht unlösbare Lebensaufgabe darstellt.

Dieses Kapitel hat die Ziele, eine theoretische Grundlage zu dem Störungsbild „Borderline“ zu erarbeiten und vor allem eine Verbindung zu der Thematik „Selbstverletzendes Verhalten“ herzustellen. Diesbezüglich werde ich mich auf die Aspekte der Störung beschränken, die mir notwendig erscheinen um sich den Bereich „Selbstverletzendes Verhalten“ zu nähern. Des Weiteren soll die Fragestellung beantwortet werden, ob selbstverletzendes Verhalten mit Borderline-Störung gleichgesetzt werden kann. Um dies zu tun ist es erforderlich Borderline zu definieren, die Symptome zu beschreiben und die Epidemiologie zu betrachten.

1.2 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung – ein Definitionsversuch

Der Begriff Borderline etablierte sich in den 30er Jahren des letzten Jahrhunderts und wurde von dem amerikanischen Psychoanalytiker Adolph Stern eingeführt. Somit wurden die Patienten zu „Grenzgängern“, deren Symptome weder einer Neurose² noch einer Psychose³ eindeutig zugeordnet werden konnten (vgl. Niklewski, G., Niklewski, R. 2006, S. 17). Denn das Erleben der Betroffenen ähnelte den psychischen Problemen der Neurotiker, war andererseits jedoch nicht so gestört wie bei Psychosekranken, die beispielsweise an einer Schizophrenie litten (vgl. Möhlenkamp 2005, S.9).

In den nächsten Jahrzehnten blieb Borderline eine „Verlegenheitsdiagnose“. Oft gab es Patienten, die sich den bisherigen Diagnosen nicht zuordnen ließen und bei denen dementsprechend die herkömmlichen Therapien nicht anschlugen. In solchen Fällen wurde den Erkrankten ein Borderline-Befund attestiert (vgl. Niklewski, G., Niklewski, R. 2006, S. 18).

² Neurose = leichtgradige psychische Störung, die durch einen Konflikt verursacht wird – Anm. d. Verf.

³ Psychose = schwere seelische Störung, die zeitweilig mit Verlust des Realitätsbezugs einhergehen kann – Anm. d. Verf.

1 Borderline als themenübergreifendes Beispiel

Erst in den 60er und 70er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde sich aus psychoanalytischer Sicht mit den Hintergründen der Störung beschäftigt und erste Theorien entwickelt. Somit wurde ein Fundament für jede weitere Auseinandersetzung mit der psychischen Erkrankung und die Aufnahme in die verbindlichen Klassifikationssysteme geschaffen. Die diesbezüglichen Arbeiten von Gunderson (1984) und Kernberg (1993) verdeutlichten, dass es *die eine Borderline-Störung* nicht gibt. Es existieren bestimmte Borderline-Merkmale, die unterschiedlich ausgeprägt sind und sich immer individuell bei den Betroffenen äußern (vgl. Möhlenkamp 2005, S. 10). Dabei sind die Möglichkeiten, in welcher Form und wie stark bestimmte Symptome ausgeprägt sind, scheinbar unendlich. Es kann also sein, dass zwei Betroffene die gleiche Diagnose erhalten, obwohl sie nur ein Symptom gemeinsam haben. Dies verdeutlicht die Individualität der Borderline-Störung und macht es demzufolge schwierig, eine allgemeingültige Definition zu finden (vgl. Knuf, Tilly 2004, S. 13).

Borderline bezeichnet heutzutage das, was für viele Betroffene charakteristisch ist: ein Leben auf der Grenze, dass zwischen den Extremen geführt wird. Für die Erkrankten existieren nur Liebe und Hass, Entweder-Oder, himmelhoch jauchzend und zu Tode betrübt, Nähe und Distanz zu anderen Menschen und immer wieder Leben und Tod (vgl. ebd. 2004, S.12). In dieser Erlebniswelt gibt es nur schwarz-weiß. Zwischentöne bzw. ein Sowohl-als-auch irritieren eher anstatt zu helfen (vgl. Möhlenkamp 2005, S.10). Die Betroffenen sind „grenzverletzt“ – dies bedeutet, dass ihre Grenzen von anderen nicht akzeptiert werden bzw. fällt es Ihnen schwer, eigene Grenzen wahrzunehmen und zu setzen.

Aus dem bereits Geschriebenen wird demzufolge ersichtlich, dass es eine allgemeingültige Definition für Borderline nicht gibt und nur versucht werden kann anhand der internationalen Klassifikationssysteme bzw. der charakteristischen Merkmale sich den Begriff zu nähern und ihn somit greifbarer zu machen.

1.3 Annäherung an die Borderline-Störung oder: Klassifikation nach ICD-10 und DSM-IV

Im Wesentlichen wird zwischen zwei Klassifikationssystemen unterschieden: die ICD-10 (International Classification of Diseases), die Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual), eine Einteilung für psychische Störungen der American Psychiatric Association (APA).

Ziele dieser Systeme sind es, Borderline klinisch zu definieren und behandelnden Psychiatern und Psychotherapeuten eine Orientierungshilfe zur Seite zu stellen, anhand derer Borderline diagnostiziert werden kann.

1.3.1 Einteilung nach ICD-10

Im ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) kann Borderline unter dem Kapitel „Persönlichkeitsstörungen“ gefunden werden. Hierbei wird noch mal zwischen der emotional instabilen Persönlichkeit (Kapitel F 60.3) im Allgemeinen und der emotional instabilen Persönlichkeit vom Borderline-Typus (Kapitel F 60.31) im Speziellen unterschieden. Dabei sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass die beiden Begriffe in unmittelbaren Zusammenhang zueinander stehen. Es findet lediglich eine Spezifizierung der Borderline-Störung statt.

Bei der emotional instabilen Persönlichkeit stehen, laut der Beschreibung des ICD-10, wechselnde Gefühlszustände und die Tendenz zur Impulsivität im Vordergrund, welche das Verhalten der Betroffenen prägen. Dementsprechend wird auf mögliche Folgen und Konsequenzen keine Rücksicht genommen. Aufgrund der mangelnden Fähigkeit, bei Aufkommen von Wut bzw. Ärger, sich zu beherrschen und Impulse zu kontrollieren, sind schädigende Handlungen gegenüber anderen und/oder sich selbst keine Seltenheit (vgl. Niklewski, G., Niklewski, R. 2006, S. 20).

1 Borderline als themenübergreifendes Beispiel

Die ICD-10 spricht von einer emotional instabilen Persönlichkeit vom Borderline-Typus, wenn zusätzlich zu der bereits erwähnten Impulsivität und der nicht vorhandenen Impulskontrolle, eine Störung des Selbstbildes vorhanden ist. Dies bedeutet: Betroffene weisen Unsicherheit bezüglich ihrer Identität auf. Sie wissen nicht, wo sie hingehören bzw. was zu ihnen gehört. Diese Unsicherheit betrifft oftmals auch ihre sexuelle Orientierung. Es bestehen Schwierigkeiten das eigene Leben zielgerichtet zu gestalten, individuelle Bedürfnisse wahrzunehmen und zu befriedigen. Ergänzt werden diese Symptome durch chronische Leere, Angst und Traurigkeit, welche das Leben der Betroffenen in einem nicht unerheblichen Maße beeinflussen (vgl. Niklewski, G., Niklewski, R. 2006, S.21). Zusätzlich verspüren Borderline-Menschen eine „ (...) Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen (...) “ (Dilling, Mombour, Schmidt 2008, S. 250). Es werden, paradoxerweise, übermäßige Anstrengungen unternommen, um nicht verlassen zu werden. Dieses Verhalten löst Krisen aus, die sich durch selbstschädigende Handlungen und Suiziddrohungen äußern (vgl. Niklewski, G., Niklewski, R. 2006, S.21).

1.3.2 Einteilung nach DSM-IV

Das DSM-IV (Diagnostisches und Psychiatrisches Handbuch psychischer Störungen) erschien erstmals 1952 in den USA und wurde 1996 in Deutschland herausgebracht. Es bietet eine weitere und umfangreichere Beschreibung der Borderline-Störung. Folglich stellt es eine Ergänzung bzw. ein Ersatz zum ICD-10 dar. Fachleute beziehen sich auf dieses Klassifikationssystem, da die Symptome detaillierter beschrieben sind und demzufolge eine Diagnose präziser gestellt werden kann.

Als Hauptmerkmal wird auch hier die Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen und im Selbstbild genannt. Es wird zudem ergänzt, dass Borderline im frühen Erwachsenenalter seinen Anfang hat und verschiedene Lebensbereiche beeinflusst (vgl. Saß, Wittchen, Zaudig, Houben 2003, S. 773).

Im DSM sind neun Kriterien für das Erkennen einer Borderline-Störung niedergeschrieben. Davon müssen fünf zutreffen, um eine Diagnose stellen zu dürfen. Jedoch eignen sich diese Merkmale nicht, *um sich selbst* eine Diagnose zu stellen, denn die beschriebenen Verhaltensweisen finden sich auch bei Menschen ohne Borderline, nur in geringerer Ausprägung. Sollte dennoch der Verdacht bestehen, dass eine Borderline-Störung vorhanden sein könnte, ist es ratsam fachliche Unterstützung hinzuzuziehen, um eine fundierte Diagnose zu erhalten (vgl. Knuf, Tilly 2004, S. 14). Im Folgenden erläutere ich die neun Kriterien, die die Basis für die Beschreibung der Symptome bilden.

1.4 Kriterien nach DSM-IV oder: Symptome einer Borderline-Persönlichkeitsstörung

Laut DSM-IV stellt das ausweglose Bemühen „ (...) tatsächliches oder erwartetes Verlassenwerden zu vermeiden (...) “ (Saß, Wittchen, Zaudig, Houben 2003, S. 773) das **erste Kriterium** zur Diagnose einer Borderline-Störung dar.

Die Betroffenen haben Angst, verlassen zu werden und allein zu sein. Oftmals reicht die Konfrontation mit einer spontanen Planänderung oder einer zeitlichen Trennung (z.B. ein verspäteter Anruf oder die Absage zu einer Verabredung), um unangemessene Wut oder Angst auszulösen. Sie fühlen sich wie Kleinkinder, die inmitten einer Menschenmenge ihren Eltern verloren gehen. Erschwerend kommt hinzu, dass schon einfache Abwesenheit emotional als endgültiges Verlassenwerden interpretiert wird. Um die aufkommende Unsicherheit und die Angst vor Zurückweisung zu bewältigen, reagieren sie einerseits mit verzweifelten Bitten und Anklammern. Darüber hinaus können andererseits auch heftige Wutausbrüche auftreten (vgl. Schäfer, Rütger, Sachsse 2007, S. 20f.). Dies erklärt, meiner Ansicht nach, die möglichen Probleme in zwischenmenschlichen Bindungen. Borderliner wollen ihre Beziehungen „unter Kontrolle haben“ bzw. neigen sie zu offensichtlicher Hilflosigkeit, die andere Menschen veranlasst, sich zu kümmern und für sie da zu sein.

1 Borderline als themenübergreifendes Beispiel

Die ständige Angst davor bzw. die empfundene Drohung, verlassen zu werden, führt bei den Betroffenen zur Selbstentwertung. Sie empfinden sich selbst als „böse Menschen“, die verlassen werden, da sie nicht liebens- oder lebenswert sind (vgl. Niklewski, G., Niklewski, R. 2006, S.23). Demzufolge können impulsive Handlungen wie selbstverletzendes oder suizidales Verhalten, wie im Kriterium Nr.5 beschrieben, auftreten.

Bereits in meinen Ausführungen über den ICD-10 wurde erwähnt, dass Menschen mit einer Borderline-Störung eine Affinität zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen besitzen. Im DSM-IV wird dies als **Kriterium Nr.2** konkretisiert. Die Betroffenen weisen ein Muster auf, das durch die Idealisierung und die völlige Entwertung zwischenmenschlicher Beziehungen gekennzeichnet ist (vgl. Knuf, Tilly 2004, S.18).

Basierend auf Kriterium Nr.1 gehen Borderliner sehr schnell und sehr intensiv Beziehungen ein. Dabei kommt es, oftmals schon nach der ersten Begegnung, zu einer Idealisierung der anderen Person. Diese wird himmelhoch jauchzend auf ein Podest gehoben und damit zum Retter und wahren Helden. Die Betroffenen verspüren den Drang, soviel wie möglich von sich Preis zu geben und verlangen viel gemeinsame Zeit mit dem Partner (vgl. Niklewski, G., Niklewski, R. 2006, S.23). Diese Euphorie ist oft nur von kurzer Dauer und kann plötzlich umschwenken. Verhält sich die Bezugsperson nicht dem Ideal entsprechend, wird der vermeintliche Retter als böse, grausam, vernachlässigend und verletzend erlebt. Sie sind der Ansicht, ihr Partner kümmere sich nicht genügend um sie, gibt ihnen emotional zu wenig zurück und vernachlässigt sie auf ganzer Linie. Für sie ist es schwer nachfühlbar, dass Menschen sich plötzlich anders verhalten können als sonst. Sollte ein Freund einmal ärgerlich sein oder schimpfen, weil beispielsweise eine gemeinsame Verabredung vergessen wurde, ist es für den Borderliner nicht nachvollziehbar, dass der Freund nur das Verhalten und nicht die Person kritisiert (vgl. Saß et al. 2003, S.773).

1 Borderline als themenübergreifendes Beispiel

An diesem Kriterium wird das Grenzdenken der Betroffenen verdeutlicht, dass ich bereits beschrieben habe. Sie benötigen diese Art der Orientierung, um etwas Klarheit in ihr Gefühlschaos zu bringen. Daher existieren nur schwarz oder weiß und folglich nur gute oder böse Menschen.

Kriterium Nr.3 beschreibt ein, bereits im ICD-10 erwähntes, Symptom von Borderline näher: die Identitätsstörung. Die Betroffenen leiden unter „ (...) ausgeprägter bzw. andauernder Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.“ (Schäfer, Rüther, Sachsse 2007, S. 22).

Bis zum 20.Lebensjahr festigt sich normalerweise das Selbstbild eines Menschen. Jedoch nicht bei Borderline-Erkrankten. Ihre Identität ist nicht abgeschlossen und sie haben Schwierigkeiten, ihr Selbst wahrzunehmen (vgl. ebd. 2007, S. 22). Wie ich im Verlaufe dieser Arbeit schon erwähnt habe, wissen die Betroffenen nicht, wer sie sind und nehmen ihr Selbstbild als befremdlich wahr. Ihrer Identität fehlt es an Beständigkeit, denn ihr Verhalten und ihr Erscheinungsbild sind von Erwartungen bzw. sozialen Kontakten in ihrer Umgebung abhängig. Dies äußert sich in dramatischen Umschwüngen ihres Fühlens, Denkens und Empfindens. Das betrifft plötzliche Veränderungen von Zielen, Wertvorstellungen und Berufswünschen. Ihre emotionale und intellektuelle Leistungsfähigkeit gehen hierbei weit auseinander. Daher suchen sich viele Betroffene einen Job, der sie entweder intellektuell unterfordert bzw. emotional überfordert. Es gibt selbstbewusste Augenblicke, in denen sie sich alles zutrauen. Es besteht jedoch die Möglichkeit, dass sie im nächsten Moment wieder in die Rolle eines bedürftigen Hilfesuchenden zurückfallen. Folglich sind häufig wechselnde Arbeitsplätze keine Seltenheit (vgl. Knuf, Tilly 2004, S.24f.).

Dies bezieht sich auch auf ihr privates Umfeld. Es werden nicht nur die Art der Freunde in Frage gestellt, sondern auch ihre eigene sexuelle Identität. Daher kommt es oftmals zu Erfahrungen sowohl im homosexuellen, wie auch im heterosexuellen Bereich (vgl. ebd. 2004, S.25).

1 Borderline als themenübergreifendes Beispiel

In ihrem Selbstbild nehmen sich Borderline-Menschen als böse bzw. sündig wahr. Andererseits entsteht bei Ihnen das Gefühl, nicht zu existieren und nur ein „Fassadenleben“ zu führen. Zu dieser subjektiven Auffassung gelangen sie, wenn ein Fehlen an Beziehungen, Versorgtsein bzw. Unterstützung erlebt wird (vgl. Saß, Wittchen, Zaudig, Houben 2003, S.773f.).

Das Wesen des Borderliners ist charakterisiert durch impulsives Verhalten, welches durch selbstschädigende Aktivitäten, wie z.B. Substanzmissbrauch, unverantwortliche Geldausgaben, rücksichtsloses Fahren, risikoreiches Sexualverhalten und Essstörungen, gekennzeichnet ist (**Kriterium Nr. 4**). Dabei müssen mindestens zwei dieser Merkmale zutreffen, um eine Selbstschädigung diagnostizieren zu können. An dieser Stelle möchte ich anmerken, dass das Symptom, sprich: Kriterium Nr.4, keine selbstverletzenden oder suizidalen Handlungen einschließt. Jene werden im anschließenden Kriterium Nr.5 umfassend erläutert. Ich möchte des Weiteren noch festhalten, dass selbstschädigendes Verhalten weit vor Selbstverletzung und Suizidalität anfängt und dies in keiner Weise gleichgesetzt werden kann.

Bezeichnend für Borderliner ist die niedrige Reizschwelle, welche die Steuerung der Impulse einschränkt, d.h. sie reagieren schneller, häufiger und heftiger auf innere und äußere Reize als Menschen ohne diese Störung (vgl. Niklewski, G., Niklewski, R. 2006, S.24). Hierbei besteht ein wesentlicher Unterschied zu Menschen ohne Borderline: Sie sind in der Lage auf die Bedürfnisbefriedigung zu verzichten, wenn ersichtlich ist, dass negative Langzeitfolgen daraus resultieren. Bei Personen mit Borderline ist diese Fähigkeit begrenzt. Sie können den Impulsen weder widerstehen noch sie angemessen kontrollieren (vgl. Schäfer, Rüther, Sachsse 2007, S. 22f.). Demzufolge kommt es zu Handlungen, welche sie in einen negativen Zustand bringen. So entstehen aus einer gegenwärtigen Stimmung heraus Situationen, die weit reichende Folgen haben können.

1 Borderline als themenübergreifendes Beispiel

Beispiele hierfür sind unüberlegte Vertragsabschlüsse oder Geldausgaben, welche zur Verschuldung führen und somit die weitere Lebensplanung beeinflussen. Einige Betroffene nehmen illegale, stoffgebundene Drogen oder greifen immer wieder zu Alkohol, um ihre Gefühle zu betäuben bzw. die unerträgliche innere Leere zu füllen. Andere „kämpfen“ wiederholt mit Fressanfällen, Hungern oder benutzen regelmäßig Abführmittel. Dann gibt es Personen, die versuchen durch risikoreiches Fahrverhalten ihre innere Anspannung zu lösen. Überdies kann sexuelles Verhalten zur Selbstschädigung führen, möglicherweise durch einen häufigen Wechsel der Sexualpartner, rücksichtslose Sexualpraktiken oder aufgrund von ungeschütztem Geschlechtsverkehr (vgl. Knuf, Tilly 2004, S.16f.).

Dies bedeutet schlussfolgernd, dass sich Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung am Rande der physischen und psychischen Belastbarkeit und diesbezüglich immer wieder an der Grenze zwischen Leben und Tod bewegen.

Dem Gegenüber stehen wiederholte suizidale Handlungen, Suizidandeutungen, -versuche oder selbstverletzendes Verhalten (SVV) als **fünftes Kriterium**, um eine Borderline-Störung zu diagnostizieren.

Etwa 8 bis 10% der Erkrankten vollenden ihren Suizid, wohingegen ein erheblicher Anteil der Betroffenen Selbstmordandrohungen, -versuche und SVV praktiziert. Die Selbsttötung scheint für viele Betroffene der letzte Ausweg zu sein, um ihren eigenen Gefühlen Ausdruck zu verleihen und den enormen emotionalen Leidensdruck zu mindern. Dem gehen jedoch eine nicht unerhebliche Anzahl von Selbstmordversuchen und -androhungen voraus. Für die Borderliner stellt dies einen Hilferuf dar, welcher das Ziel haben kann wieder mehr Zuwendung und Aufmerksamkeit geschenkt zu bekommen (vgl. Schäfer, Rütger, Sachsse 2007, S.23f.) und ist unter Umständen Ausdruck für die Angst vor dem Verlassenwerden (Kriterium 1).

1 Borderline als themenübergreifendes Beispiel

Der Auslöser für eine derartige Situation können entweder der drohende Verlust einer Bezugsperson oder eine Zurückweisung (real oder vorgestellt) sein. Jedoch sollte in Betracht gezogen werden, dass dieser Hilferuf kein eindeutiges Anzeichen für eine Borderline-Störung darstellt. Sondern auch in der Pubertät und bei Menschen mit anderen psychischen Problemen auftreten kann.

Selbstverletzendes Verhalten (SVV), wie z.B. Schneiden, Ritzen, Verbrennen der Haut oder Haare ausreißen, hingegen hat keinerlei suizidale Absicht, sondern kann, paradoxerweise, als Selbstbelebungsversuch angesehen werden. Die Beweggründe für SVV sind unterschiedlich: Oftmals verspüren die Betroffenen einen starken inneren Druck oder sie haben das Empfinden, sich nicht mehr zu spüren. Häufig kommt es auch zu Selbstverletzungen, wenn Einsamkeit, Trauer oder Wut aufkommen bzw. der Betroffene sich von dem Gefühl schlecht zu sein befreien will und dadurch „Buße“ tut. Infolgedessen werden körpereigene „Glückshormone“ freigesetzt, die kurzzeitig ein Gefühl von Befreiung und Entspannung herbeiführen (vgl. Schäfer, Rüther, Sachsse 2007, S.23f.).

Im Laufe dieser Arbeit werde ich noch ausführlicher auf bestimmte Aspekte der Thematik „SVV“ eingehen. Des Weiteren wird im Anschluss an dieses Kapitel „Borderline und Selbstverletzung“ gesondert betrachtet.

Kriterium Nr. 6 wird im DSM-IV als „ (...) affektive Instabilität (...), die auf eine ausgeprägte Reaktivität der Stimmung zurückzuführen ist (...) “ (Saß et al. 2003, S.774) charakterisiert. Erklärend bedeutet dies, dass Borderline-Erkrankte unter starken Stimmungsschwankungen leiden, die für „ (...) gewöhnlich einige Stunden, aber selten länger als einige Tage andauern (...) “ (ebd. 2003, S.774). Der Grund dieser Instabilität liegt in der, bereits erwähnten, geringen Reizschwelle von Borderlinern, welche sie hochgradig sensibel reagieren lässt (vgl. Schäfer, Rüther, Sachsse 2007, S.24).

Diesen extremen Gefühlsänderungen liegt eine dysphorische (= depressive und gereizte) Stimmung zugrunde, welche episodisch durch intensive Wut, Angst und Verzweiflung unterbrochen wird (vgl. Saß et al. 2003, S.774).

1 Borderline als themenübergreifendes Beispiel

Auslöser sind Situationen, in denen der Betroffene mit Zurückweisung und Verlassenwerden konfrontiert wird. Sowohl für Angehörige, als auch für die Betroffenen selbst sind diese unberechenbaren Stimmungsschwankungen anstrengend und belastend. Sie können jedoch als ein Spiegel für den ungelösten Konflikt, in dem sich die Betroffenen ständig befinden, betrachtet werden. Einerseits existiert der Wunsch nach Bindung und Vertrautheit, auf der anderen Seite prägen Angst und ohnmächtige Abhängigkeit ihr Verhalten (vgl. Schäfer, Rütger, Sachsse 2007, S.24).

Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung besitzen ein chronisches Gefühl von Leere und Langeweile (**Kriterium Nr. 7**). Diese Emotion ist neben der Angst vor dem Alleinsein eines der wesentlichen Symptome, um Borderline zu charakterisieren und führt oft zur Abhängigkeit vom Partner. Von ihnen wird erwartet, die fehlende Orientierung zu geben und somit aufzuzeigen, wer sie sind bzw. was sie im Alltag und/oder Partnerschaft zu tun und zu lassen haben (vgl. ebd. 2007, S.25). Dieses Gefühl der Leere ist unterbewusst immer vorhanden und Betroffene assoziieren es, mit dem Gefühl in ein schwarzes Loch zu fallen. Sie verlieren den Halt unter ihren Füßen und wissen nicht, was sie tun sollen. Die Erkrankten erleben sich dann als völlig abwesend und handlungsunfähig. Daher greifen sie, um diese innere Leere und das Gefühl von Langeweile bewältigen zu können, zu selbstschädigenden und selbstverletzenden Verhaltensweisen. Sie sind so in diesem Gefühl gefangen, dass sie nicht das Verständnis aufbringen können, wenn eine Situation nur vorübergehend ist. Borderliner wollen ständig beschäftigt sein und geraten in Panik, wenn beispielsweise ein fest eingeplanter Termin ausfällt und aufgrund dessen eine „Leere“ entsteht. Sie kennen keine andere Art und Weise als die bereits erwähnten Verhaltensweisen, um der Langeweile zu entfliehen. Sie umgehen es, auch wenn sie bereits total erschöpft sind, das Tempo zu verlangsamen. Denn dann könnten sie in diesen Strudel zu geraten, der sie in die Dunkelheit und Leere stürzt (vgl. Knuf, Tilly 2004, S.22f.).

1 Borderline als themenübergreifendes Beispiel

Bereits in Kriterium Nr.6 wurde erwähnt, dass Menschen mit Borderline unter Stimmungsschwankungen leiden, welche unter Umständen auch durch Wut gekennzeichnet sein können. Diese Verhaltensweise wird in **Kriterium Nr.8** ergänzt und konkretisiert. Das DSM-IV beschreibt diese emotionale Reaktionsweise als „ (...) unangemessenen heftigen Zorn oder (...) Schwierigkeiten, ihre Wut zu kontrollieren.“ (Saß et al. 2003, S.774).

Dies äußert sich anhand häufiger intensiver Wutausbrüche, andauernder Wut, körperlicher und/oder verbaler Auseinandersetzungen, sowie extremen Sarkasmus und anhaltender Verbitterung. In solch einen Gemütszustand gelangen die Betroffenen, wenn der Partner als nicht fürsorglich, sondern vernachlässigend und zurückweisend erlebt wird. Es werden dann Diskussionen geführt, die fern jeglicher Vernunft sind. Doch genau so schnell wie die Wut aufgetaucht ist, verschwindet sie wieder und wechselt in Scham- und Schuldgefühle. Dies führt wiederum dazu, dass sich die Betroffenen schlecht fühlen.

In starken Belastungssituationen können Menschen mit Borderline „ (...) vorübergehend paranoide Vorstellungen oder dissoziative Symptome (z.B. Depersonalisierung) (...) “ (Saß et al. 2003, S.774) aufweisen (**Kriterium Nr. 9**).

Kennzeichnend für einen dissoziativen Zustand ist das Gefühl „neben sich zu stehen“ (Depersonalisierung). Die Realität existiert für einen kurzen Augenblick nicht und die Betroffenen fühlen sich wie betäubt und losgelöst von allen (De-realisation). Solche Episoden sind nur von kurzer Dauer, sprich: einige Minuten oder Stunden, und treten als Antwort bei vermuteten oder tatsächlichen Verlassenwerden auf (vgl. ebd. 2003, S.774). In derartigen Situationen sind auch Halluzinationen möglich, wobei Borderliner, im Gegensatz zu Schizophrenie-Erkrankten, wissen, dass diese Wahrnehmung nicht real ist (vgl. Niklewski, G., Niklewski, R. 2006, S. 27f.). Es gibt mehrere, unterschiedliche Stufen des dissoziativen Zustands. Häufig erfüllt die Dissoziation die Funktion, schmerzhaft Gefühle und unangenehme, ängstigende Situationen zu vermeiden bzw. zu verdrängen (vgl. Schäfer, Rüther, Sachsse 2007, S.25).

1 Borderline als themenübergreifendes Beispiel

Abschließend möchte ich noch anmerken, dass die Diagnosekriterien in einem unmittelbaren Zusammenhang zueinander stehen und sich gegenseitig bedingen. Borderline ist eine sehr komplexe und, wie ich finde, paradoxe psychische Erkrankung. Ich halte es für schwierig eine Diagnose zu stellen, in dem der Fokus nur auf einer Auswahl der Symptome liegt.

1.5 Epidemiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Bezüglich der Epidemiologie bestehen kaum Daten, die Aufschluss über die Verbreitung und Geschlechterverteilung dieser Erkrankung geben. Allerdings ist tendenziell von einem Anstieg der Betroffenen auszugehen.

Innerhalb der Gesamtbevölkerung Deutschlands leiden laut Möhlenkamp (2005, S.22) circa 2% bis 5% an einer Borderline-Störung. Darüber hinaus sind etwa 10% bis 15% der Bevölkerung von Borderline-Symptomen betroffen – ohne, dass von einer Persönlichkeitsstörung gesprochen werden kann. Diese Menschen haben ein instabiles Selbstwertgefühl und Schwierigkeiten, ihre Emotionen zu kontrollieren, was sie immer wieder anecken lässt. Jedoch finden sie ihren Platz in der Gesellschaft und können nicht als krank bezeichnet werden. Sie verfügen lediglich über eine besondere Persönlichkeitsstruktur (vgl. Möhlenkamp 2005, S.22f.). Niklewski et al. (2006, S.10) spezifizieren die Prävalenz von Borderline: so leiden etwa 1,2% bis 2% in der deutschen Bevölkerung an Borderline typischen Symptomen. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen kann von einem Wert von 5% ausgegangen werden. Auch hier wird eine steigende Tendenz vermutet. Im Hinblick auf die Geschlechterverteilung dieser Erkrankung lässt sich feststellen, dass mehr Frauen wie Männer betroffen sind. Es kann hierbei von einer Prävalenz von ca. 70% an betroffenen Frauen ausgegangen werden (vgl. Bohus, Schmahl 2006, S.104).

1.6 Zusammenfassung

Die moderne Gesellschaft charakterisiert sich dadurch, dass für alles ein Name und somit auch eine Schublade gefunden wird. Meiner Einschätzung nach liegt dies im Wesen des Menschen. Wir wollen wissen, woran wir sind und wie wir etwas einordnen können. Dies betrifft ebenfalls den medizinischen Bereich und somit unmittelbar die Diagnostik von Borderline. Jedoch hat diese Sichtweise Vor- und Nachteile.

Die Diagnose einer Borderline-Störung ist ein bedeutender Einschnitt in das Leben der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Denn lange bevor eine Diagnose getroffen wird, merken die Erkrankten selbst, dass etwas nicht stimmt. Der Vorteil liegt darin, dass dem Betroffenen eine Orientierungshilfe gegeben wird. Das Leiden, was verunsichert und irritiert, bekommt einen Namen und wird somit greifbarer. Es obliegt den Betroffenen, sich Informationen durch verschiedene Quellen zu verschaffen und somit etwas Licht in das Dunkel zu bringen. Es sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass eine Diagnose auch die Gefahr einer Stigmatisierung und Etikettierung birgt. Borderliner bewegen sich, wie mehrmals erwähnt, an der Grenze und scheinen nicht in eine Gesellschaft zu passen, die sich durch hohe Belastbarkeit und Konflikttoleranz charakterisiert (vgl. Möhlenkamp 2005, S. 19f.). Mit der Erleichterung kommt im selben Moment auch das Gefühl der Ausgrenzung auf. Die Betroffenen können u. U. nur auf ihre Erkrankung begrenzt werden und gelten als „verrückt“, „nicht normal“ oder „defekt“. Es besteht durchaus die Möglichkeit ins soziale und gesellschaftliche Abseits zu geraten. Begünstigt wird dies durch Vor- bzw. Fehltritte, mit denen sich Borderliner immer wieder konfrontiert sehen. Ganz weit oben steht hierbei die Aussage: Borderline ist gleichbedeutend mit selbstverletzenden Verhalten (vgl. Schäfer, Rüther, Sachsse 2007, S.13f.). Diese These möchte ich im folgenden Punkt ausführlicher betrachten. Dies bedeutet ebenfalls, dass ich die Thematik „Borderline“ an dieser Stelle beenden werde, um zu meiner Hauptthematik „Selbstverletzendes Verhalten“ überzuleiten.

1.7 Borderline und Selbstverletzendes Verhalten

Es kommt häufig vor, dass das Symptom „Selbstverletzung“ mit der Diagnose „Borderline“ gleichgesetzt wird. Dabei ist nicht von der Hand zu weisen, dass selbstverletzendes Verhalten (im Folgenden mit SVV abgekürzt) häufig bei Borderlinern auftritt und umgekehrt sind Personen, die sich selbst verletzen häufig an der Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt.

Allerdings tritt SVV auch bei anderen psychischen Störungen auf, wie etwa bei der Posttraumatischen Belastungsstörung⁴, Depressionen, Suchterkrankungen etc. (vgl. Petermann, Winkel 2005, S.95f.). Gemeinsamer Faktor ist hierbei, die Schädigung/Verletzung des eigenen Körpers ohne eine suizidale Absicht. Allerdings ist bei Borderline-Erkrankten die Möglichkeit der Selbsttötung nicht ganz ausgeschlossen. Das SVV kann mitunter als der Auftakt bzw. Begleitung einer suizidalen Krise fungieren (vgl. Niklewski, G., Niklewski, R. 2006, S. 35ff.).

Meines Erachtens ist es nicht verwunderlich, dass Selbstverletzung (im Folgenden mit SV abgekürzt) als Symptom in den Vordergrund rückt und somit als „Markenzeichen“ für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung betrachtet wird. Denn im Gegensatz zu den anderen Symptomen sind selbstverletzende Verhaltensweisen (z.B. anhand der Schnitte und Narben) offensichtlich.

Ein charakteristisches Merkmal für Selbstverletzer mit Borderline-Syndrom ist Impulsivität. Nur darf aufgrund einer impulsiven Selbstverletzung nicht automatisch auf Borderline geschlossen werden. Auch andere psychische Störungen weisen impulsive Selbstverletzung als Kennzeichen aus, wie bspw. die intermittierende explosive Störung⁵ oder die, bereits angeführte, posttraumatische Belastungsstörung (vgl. Petermann Winkel 2005, S.95ff.).

⁴ Reaktion auf ein belastendes Ereignis, wie z.B. Unfall, Vergewaltigung, Krieg etc., welches zum Trauma führt (vgl. Luckhardt 2009 in: <http://psychologie.suite101.de>, verfügbar am 07.12.2009).

⁵ Störung der Impulskontrolle mit zeitweiligen aggressiven Impulsdurchbrüchen (vgl. Petermann, Winkel 2005, S.96).

1 Borderline als themenübergreifendes Beispiel

Um die Fragestellung „Borderline gleich Selbstverletzung?“ zu beantworten, kann es durchaus hilfreich sein, einen Blick auf das „Warum?“ zu werfen. Borderliner greifen zu Selbstverletzung, wenn sie mit einer drohenden Trennung oder Zurückweisung konfrontiert werden. Dieses Verhalten ist nachvollziehbar, da dies ein Hauptkriterium der Borderline-Störung darstellt. Des Weiteren kann der Gedanke, eine schlechte Person zu sein und sich dafür bestrafen zu müssen, Auslöser für Verletzungen am eigenen Körper sein. Ebenso kann einem nicht mehr auszuhaltenden inneren Druck Erleichterung verschafft werden. Jedoch sind dies Verhaltensweisen bzw. Motivationen, die auch bei SVV auftreten ohne von Borderline betroffen zu sein. Ein wesentlicher Unterschied kristallisiert sich heraus, wenn der Aspekt in Betracht gezogen wird, dass Borderliner die Selbstverletzung als Manipulation nutzen. Das bedeutet, andere werden direkt mit der Verletzung konfrontiert, um Schuldgefühle auszulösen. Ziel soll sein, andere an sich zu binden und aus dem Gefühl von Ohnmacht und Verzweiflung wieder (gefühlte) Macht zu erlangen (vgl. Niklewski, G., Niklewski, R. 2006, S.35ff.). Dieses Verhalten ist mir bei Selbstverletzern, so wie sie im nächsten Kapitel definiert werden, nicht bekannt.

Müsste ich nun die Frage, ist Selbstverletzung mit Borderline gleichzusetzen, beantworten, würde ich „nein“ sagen. Meines Erachtens handelt es sich um ein charakteristisches, aber nicht spezifisches Kriterium bei der Diagnose von Borderline. Denn nicht alle Borderliner verletzen sich selbst und es existieren zu dem andere Störungen, bei denen selbstverletzendes Verhalten auftritt (vgl. Petermann, Winkel 2005, S.95ff.).

2 Selbstverletzendes Verhalten: Definition und Abgrenzung von anderen Begriffen

Im folgenden Kapitel wird es meine Aufgabe sein, selbstverletzendes Verhalten zu definieren und von anderen Begriffen abzugrenzen.

2.1 Begriffsbestimmung Selbstverletzendes Verhalten

Bei meinen Recherchen, Selbstverletzung zu definieren, habe ich eines herausgefunden: Es ist relativ schwierig, SVV in einem Satz zu bestimmen und somit eine allgemeingültige Definition zu finden. Dies mag an der Vielfältigkeit der Symptomatik, der fehlenden Erforschung der Thematik, sowie an der Heterogenität (Uneinheitlichkeit) der Patienten liegen. Erschwerend kommt hinzu, und diese Meinung teile ich, dass in der relevanten Fachliteratur keine eindeutige Erklärung dieses Begriffes zu finden ist (vgl. Siebert 2007, S.15). Ich hab unter diesem Begriff, Formen gefunden, die verdeutlichen, dass SVV weit über die Krankheitsebene hinaus und dementsprechend „nur“ als Symptom“ verschiedener psychischer Störungen zu finden ist. Jedoch schien es mir nicht richtig, Selbstverletzung von diesem Standpunkt aus zu definieren. Demzufolge werde ich versuchen, SVV auf Grundlage meines Wissens als ehemalige Betroffene und der Informationen in der Fachliteratur zu erklären.

Der Begriff „Verletzung“ im eigentlichen Sinne wird als eine von außen zugefügte Verwundung des Körpers, z.B. durch einen Unfall bzw. als ein „ (...) Akt, bei dem schwerer Schaden angerichtet wird, indem wesentliche Teile eines Ganzen abgeschnitten oder verändert werden.“ (Levenkron 2004, S.21), bezeichnet.

Bezogen auf Selbstverletzung bedeutet dies, dass diese Verwundung nicht von außen zugefügt, sondern von dem betroffenen Menschen herbeigeführt wird. Bei dem wesentlichen Teil handelt es sich vorwiegend um die Haut, welche mit einem scharfen Gegenstand, beispielsweise Messer, Schere, Rasierklinge usw., verletzt wird.

2 Selbstverletzendes Verhalten: Definition und Abgrenzung

Dabei wird die Haut entweder nur geritzt oder tief eingeschnitten. Abhängig ist dies von dem emotionalen Zustand des Betroffenen oder anders ausgedrückt: Wie viel Schmerz braucht der Betroffene, um sich wieder gut zu fühlen bzw. um sich wieder spüren zu können?

Nur in den wenigsten Fällen ist das Schneiden lebensgefährlich und wird meist an Körperstellen durchgeführt, die sich gut, z.B. durch Kleidung verbergen lassen. Für Außenstehende ist die Konfrontation mit diesem Verhalten ein Schock und die Reaktionen schwanken zwischen Empörung, Abscheu und Hilflosigkeit.

Katharina Siebert (2007, S.16) definiert in ihrem Buch „Selbstverletzung als Krankheit“ den Begriff als „ (...) eine *offen durchgeführte, unmittelbare, selbst-zugefügte und beabsichtigte Verletzung des eigenen Körpers, der Krankheitswert zuzuschreiben ist, die jedoch ohne suizidale Intention⁶ erfolgt*.“

Diese Begriffsbestimmung beschreibt m. E. in einem Satz das, was charakteristisch für SVV ist und schafft es einzugrenzen ohne zu stigmatisieren. Ich möchte abschließend darauf hinweisen, dass den folgenden Ausführungen über selbstverletzendes Verhalten diese Definition zugrunde liegt.

Um Selbstverletzung besser zu verstehen bzw. eine Vorstellung von der Begrifflichkeit zu erlangen, scheint es hilfreich SVV von anderen Krankheiten, welche Selbstverletzung als ein Symptom führen, abzugrenzen.

2.2 Abgrenzung von artifiziellen Krankheiten

Es existiert eine Vielfalt an Verhaltensweisen, um den Körper selbst zu verletzen. Neben der rituellen und der alltäglichen Selbstverletzung, welche im nächsten Kapitel betrachtet werden, wird in der Fachliteratur zu dem zwischen artifizieller Erkrankung und indirekter SV unterschieden. Ich werde im folgenden Abschnitt die Begriffe erklären und somit die Abgrenzung zu der bereits aufgestellten Definition von selbstverletzenden Verhalten verdeutlichen.

⁶ Absicht- Anm. der Verfasserin

2 Selbstverletzendes Verhalten: Definition und Abgrenzung

Die **artifizielle Erkrankung** (als eine Untergruppe der artifiziellen Krankheiten) kann auch als heimliche Selbstverletzung bezeichnet werden. Denn im Mittelpunkt stehen hierbei die Verleugnung der absichtlichen Verletzung des Körpers und somit die Verheimlichung der Ursachen (vgl. Siebert 2007, S. 16). Dies bedeutet, dass physische oder psychische Krankheitssymptome selbst erzeugt bzw. bewusst vorgetäuscht werden, um in die Patientenrolle zu gelangen. Hierbei werden beispielsweise dem Körper selbst Blutungen zugefügt, giftige/chemische Substanzen injiziert oder Schmerzen nachgeahmt. Ziel ist es, wiederholt Krankhausaufnahmen und medizinische Maßnahmen, wie Untersuchungen oder Operationen zu erreichen. Die Betroffenen verleugnen die Selbstverletzung des Körpers und glauben letzten Endes sogar selbst an eine komplizierte Erkrankung. Ebenso werden eine schwerwiegende Schädigung des Körpers und sogar der Tod in Kauf genommen. Es dauert demzufolge oft viele Jahre bis die richtige Diagnose gestellt werden kann (vgl. Ackermann 2007, S.18f.).

Die Exaktheit der Symptomschilderung schwankt dabei von Fall zu Fall. Während einige Betroffene nur unspezifische Beschwerden aufführen, erläutern andere ihre (angebliche) Krankheit in allen Einzelheiten. Auffallend ist, dass diese Patientengruppe ein umfassendes medizinisches Wissen besitzt, welches es ermöglicht, vorhandene Krankheitssymptome realistisch zu präsentieren.

Für Mediziner bzw. medizinisches Fachpersonal ist es dementsprechend schwierig, eine artifizielle Erkrankung als solche zu erkennen. Jedoch gibt es spezielle Besonderheiten, die auf eine solche Erkrankung hindeuten. Folglich kann eine Verhinderung bzw. Störung der Wundheilung, regelmäßige Verschlimmerung der Symptome vor Krankenhausentlassung, sowie eine auffällig hohe Zahl an Operationen in der Krankenakte ein Anzeichen auf heimliche Selbstverletzung sein.

2 Selbstverletzendes Verhalten: Definition und Abgrenzung

An dieser Stelle sollte darauf hingewiesen werden, dass sich dieses manipulative Verhalten der bewussten Kontrolle entzieht und somit von der Simulation abzugrenzen ist, bei der Krankheiten bewusst vorgetäuscht werden, um sich Vorteile zu verschaffen oder welche zur Erleichterung einer Notlage dient.

Die artifizielle Erkrankung hat Zwangscharakter und die Betroffenen sind sich, wie erwähnt, dieser Vortäuschung nicht bewusst. Ergänzend lässt sich noch hinzufügen, dass die Betroffenen als sozial angepasst bezeichnet werden können. Trotz wiederholter und lang andauernder Krankheit besitzen sie ein stabiles und intaktes Familienleben (vgl. Siebert 2007, S.17 ff.).

Weitere Formen der artifiziellen Krankheiten sind das Münchhausen-Syndrom und das erweiterte Münchhausen-Syndrom, welche hier kurz erklärt werden sollen.

Beim **Münchhausen-Syndrom** werden ebenso die klassischen Symptome einer artifiziellen Krankheit erfüllt. Auch hier werden Symptome vorgetäuscht, erzeugt bzw. verschlimmert, um die Patientenrolle einnehmen zu können. Ergänzend werden – wie es der Name vermuten lässt – abenteuerliche Geschichten zu der (angeblichen) Krankheit erzählt (vgl. Ackermann 2007, S.19). Die Betroffenen legen sich frei erfundene Identitäten, Namen und Biographien zu, erzählen spektakuläre Geschichten über ihr bisheriges (vermeintliches) Leben und liefern abenteuerliche Erklärungen über ihre Krankheit und Symptome. Charakteristisch und auffallend bei Münchhausen-Patienten sind plötzliche Behandlungsabbrüche und Krankenhausentlassung auf eigene Veranlassung und entgegen ärztlichem Rat.

Sie können nichtsdestotrotz als ideale Patienten bezeichnet werden, die freiwillig alle Untersuchungen über sich ergehen lassen. Allerdings kommt es zur Entwertung der Mediziner und zu einem plötzlichen Beziehungsabbruch, wenn Zweifel an der Echtheit der Erkrankung aufkommen. Dann „wandern“ sie weiter zum nächsten Krankenhaus und vollziehen das ganze Schauspiel in einer anderen Klinik. Unter Fachleuten ist der Begriff „Hospitalhoppers“ – von Klinik zu Klinik springen – gebräuchlich.

2 Selbstverletzendes Verhalten: Definition und Abgrenzung

Bei den Betroffenen handelt es sich vorwiegend um Männer mittleren Alters, welche sich nur schwer sozial integrieren können (vgl. Siebert 2007, S. 19f.). In der mir vorliegenden Fachliteratur konnte ich keine Erklärung finden, wieso doppelt so viele Männer wie Frauen betroffen sind.

Im Gegensatz zu dem Münchhausen-Syndrom wird bei Patienten, die an einem **erweiterten Münchhausen-Syndrom** leiden, die Selbstverletzung nicht am eigenen Körper, sondern am Körper eines Dritten vollzogen.

Hierbei handelt es sich um eine sehr seltene Erkrankung, bei der vorwiegend Mütter ihren Kindern körperlichen (und seelischen) Schaden zufügen, um eine Krankenhausaufnahme und eine umfassende Behandlung zu erreichen. Die Kinder werden stellvertretend als ein Teil ihres Selbst betrachtet und verletzt, um nicht bewältigte Gefühle zum Ausdruck zu bringen.

In der Fachliteratur ist diese Störung auch unter dem englischen Begriff „Munchhausen-by-proxy-syndrom“ (englisch [proxy] = Stellvertreter) zu finden. Dabei werden ebenfalls Krankheitssymptome künstlich erzeugt, vorgetäuscht oder verstärkt, um über die Behandlung des Kindes Zuwendung und Hilfe zu bekommen. Es handelt sich um eine Sonderform der Kindesmisshandlung. Dem Kind wird beispielsweise Brech- oder Abführmittel verabreicht oder es wird eine neurologische Erkrankung vorgetäuscht. Im Extremfall wird ihm die Luft abgedrückt oder eine Tüte übergestülpt, um epileptische Anfälle zu erzeugen. Abgesehen von den körperlichen Schäden, die das Kind erleidet und die bis zum Tod führen können, erleidet das Kind erhebliche seelische Schäden.

Ergänzend sei noch hinzugefügt, dass das erweiterte Münchhausen-Syndrom auch bei Erwachsenen vorkommen kann. Das Herbeiführen der Krankheitszeichen wird durch Medikamente, die ins Essen gemischt werden, erreicht. (vgl. Ackermann 2007, S. 19f.).

2 Selbstverletzendes Verhalten: Definition und Abgrenzung

Letzten Endes kann festgehalten werden, dass artifizielle Krankheiten auf den ersten Blick der Selbstverletzung gleichen, da beide eine durch eigene Initiative erzeugte Schädigung des Körpers aufweisen, welche zu dauerhaften gesundheitlichen Folgen führen kann. Der wesentliche Unterschied besteht jedoch darin, dass Menschen mit SVV sich ihrer Handlung bewusst sind und darüber reden, wenn eine vertrauensvolle Beziehung besteht. Dementsprechend kann Selbstverletzung – wie in der Definition beschrieben – als „offen durchgeführt“ betrachtet werden. Dies bedeutet nicht, dass sie vor aller Welt preisgegeben wird. Sie findet im privaten Rahmen statt und wird versteckt. Jedoch kann sie reflektiert werden, wenn der entsprechende vertrauensvolle Rahmen vorhanden ist (vgl. Petermann, Winkel 2005, S. 46ff.).

Artifizielle Erkrankungen können dementsprechend von Selbstverletzungen abgegrenzt werden: Sie finden heimlich statt und die Betroffenen sind sich sowohl der Schädigung ihres Körpers als auch ihres manipulativen Verhaltens nicht bewusst. Ihr Körper ist dabei nur Mittel zum Zweck: Ihr eigentliches Ziel ist es die Umwelt zu erreichen, in dem sie sich in die Krankenrolle begeben können und dementsprechend Aufmerksamkeit und Zuwendung bekommen (vgl. ebd. 2005, S.46ff.).

2.3 Abgrenzung von indirekter Selbstverletzung

Unter indirekter SV werden die Formen der Körperschädigung verstanden, die sich weder der alltäglichen Selbstverletzung, noch der Selbstverletzung als Krankheit zuordnen lassen. Gehen wir von der oben aufgestellten Definition aus, wird u. a. ersichtlich, dass selbstverletzendes Verhalten gezielt ausgeführt wird und sofort zu einem sichtbaren Ergebnis führt. Aufgrund dessen sind indirekte SV ausgeschlossen, da das Resultat erst über längere Zeit sichtbar wird und/ oder die Schädigung des Körpers nicht unmittelbarer Antrieb des Verhaltens ist. Beispiele hierfür sind Essstörungen, sowie der Missbrauch von Drogen, Medikamenten und/oder Alkohol.

2 Selbstverletzendes Verhalten: Definition und Abgrenzung

Diesen Verhaltensweisen ist ein Suchtcharakter zuzuordnen. Bereits im ersten Kapitel wurde erwähnt, dass es sich um selbstschädigende und nicht selbstverletzende Maßnahmen handelt (vgl. Siebert 2007, S. 21f.).

2.4 Abgrenzung vom Suizid

Selbstverletzendes Verhalten und Suizid voneinander zu trennen scheint auf den ersten Blick schwierig. Allerdings wurde bereits in der Definition von SVV ersichtlich, dass dieses Verhalten keiner suizidalen Intention folgt. Viele Betroffene können sehr gut zwischen Selbstverletzung und Selbstmord unterscheiden. Die SV hat vermehrt die Funktion eines Wiederbelebungsversuches, wenn sich der Betroffene nicht mehr zu spüren vermag.

Zudem stehen der Abbau von unangenehmen Gefühlen und die Spannungsregulation im Vordergrund. Schlussendlich geht es um die Verletzung an sich und das Blut zeigt, dass der Betroffene noch am Leben ist. Der Gedanke an den Tod und der Wunsch zu sterben existiert nur bei wenigen Selbstverletzern. Jedoch ist nicht ausgeschlossen, dass SVV zum Suizid führt. Es kann durchaus der Fall sein, dass der Betroffene das Ausmaß der Verletzung falsch einschätzt und diese lebensbedrohlich ist. Allerdings muss dabei von einem Versehen gesprochen werden.

Suizid und SVV haben demzufolge unterschiedliche Motivationshintergründe und folgen verschiedenen Grundgedanken: „Man muss beides voneinander unterscheiden. Das eine tut man mit der Absicht, das Leben zu beenden, das andere mit dem Ziel, Leben zu erhalten“ (zit. n. Siebert 2007, S.23). Tatsächlich sehen viele Betroffene die Selbstverletzung als Möglichkeit, „schlimmeres“ zu verhindern (vgl. ebd. 2007, S. 22ff.). Wohingegen beim Suizid „ (...) das Gefühl von Verlassenheit und völliger Hoffnungslosigkeit dominiert, (...) “ (Schäfer, Rüter, Sachsse 2005, S. 36).

2 Selbstverletzendes Verhalten: Definition und Abgrenzung

Für Außenstehende mag dies sehr paradox scheinen, aber ich kann dieses Verhalten aus eigener Erfahrung bestätigen. Der Grundgedanke eines Selbstverletzers ist, wissen zu wollen, dass man noch lebt und dies kann in diesem Fall nur durch Schmerz erreicht werden.

Schlussfolgernd sollte darauf hingewiesen werden, dass es für Fachpersonal kompliziert sein kann, SVV deutlich abzugrenzen. Aufgrund der Komplexität von pathologischer⁷ Selbstverletzung kann die Grenze fließend sein und oftmals treten Überschneidungen auf. Deswegen lassen sich die vorgenommenen Abgrenzungen nur bedingt auf die Praxis übertragen. Besonders schwierig fällt es, SVV von Suizid abzugrenzen. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass ein Suizidversuch stattfindet oder vollzogen wird (vgl. Siebert 2007, S.23).

⁷ pathologisch, aus dem Griechischen: krankhaft – Anm. der Verf.

3 Exkurs: Rituale und alltägliche Formen der Selbstverletzung

Im vorigen Kapitel wurde Selbstverletzung als Krankheit definiert und von anderen Erkrankungen abgegrenzt. Jedoch sollte die Tatsache berücksichtigt werden, dass Formen von selbstverletzenden Verhalten existieren, die gesellschaftlich etabliert, geduldet und erwünscht sind. Darüber hinaus hat SVV eine lange Geschichte und ist entgegen der landläufigen Vermutung in Gesellschaft und Medien keine Modeerscheinung. Dies wird Inhalt des folgenden Kapitels sein und meines Erachtens ist es notwendig Selbstverletzung aus dieser Perspektive zu betrachten. Nicht nur, dass dies eine Ergänzung zu der SVV-Thematik darstellt. Es wird zudem verdeutlicht, dass die Grenze zwischen Krankheit und Normalität sich nur schwer ziehen lässt und der Übergang fast fließend sein kann.

3.1 Rituelle und religiöse Selbstverletzung

Betrachtet man die Entwicklung der Menschheit, wird ersichtlich, dass Verletzungen des eigenen Körpers eine lange Tradition haben und in manchen Kulturen auch heutzutage noch auftreten. Besonders im Rahmen von Religion und Ritual fanden bzw. finden Selbstverletzungen häufig statt (vgl. Siebert 2007, S.6). Sie verdeutlichen Opferbereitschaft und Demut der Gläubigen und sind zudem Ausdruck von Willenskraft und moralischer Stärke.

So wurde bereits in der Bibel zur Verletzung des eigenen Körpers aufgerufen, um der Verführung vor Sünde zu widerstehen: „So dich aber deine Hand ärgert, so haue sie ab! Es ist dir besser, daß du als ein Krüppel zum Leben eingehest, denn daß du zwei Hände habest und fahrest in die Hölle, in das ewige Feuer, (...)“.⁸

⁸Lutherbibel 1912. Markus Kapitel 9, 43.

3 Exkurs: Rituale und alltägliche Formen der Selbstverletzung

Religiös motivierte Selbstverletzungen können u. a. auch als Akt der Buße verstanden werden, welcher die Seele von Schuld und Sünde befreien soll. Bereits im 12. Jahrhundert existierte eine Gruppe von Gläubigen, die sich selbst bis aufs Blut auspeitschten, um Buße zu tun und sich selbst zu kasteien.⁹ Als Werkzeug dienten ihnen Stöcke, die mit Lederriemen und Dornen versehen waren und tiefe blutige Striemen auf dem Rücken hinterließen. Diese Bewegung hatte Mitte des 14. Jahrhunderts ihren Höhepunkt, als Europa von einer Pestwelle überflutet wurde. Die Menschen deuteten diese Seuche als Strafe Gottes für ihr sündhaftes Leben und wollten anhand dieser Selbstgeißelung sich von ihrer Schuld befreien. In diesem Zusammenhang sollten darüber hinaus die Asketen und Märtyrer als Beispiele genannt werden. Auch heute noch ist es durchaus ein religiöser Brauch enthaltsam zu leben, um eine seelische Reinigung zu erfahren. Als Beispiel können hier die Muslime genannt werden, die während des Ramadan¹⁰ zwischen Sonnenauf- und -untergang auf Essen und Trinken verzichten (vgl. Siebert 2007, S.6f.).

Neben der religiös motivierten Selbstverletzung existieren Verhaltensweisen, die einen rituellen Hintergrund haben. Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass es sich nicht immer um selbstzugefügte Wunden handeln muss. Die Handlungen werden von Dritten ausgeführt, jedoch mit der (in manchen Fällen erzwungenen) Zustimmung des Betroffenen und zählen somit zu den rituellen Selbstverletzungen. Durch diese, oft in einem tranceartigen Zustand durchgeführten, Rituale soll die Zugehörigkeit zu einer Gruppe gekennzeichnet werden. Des Weiteren können die Verletzungen Ausdruck für einen sozialen Status sein oder dienen der Unterdrückung bzw. Kontrolle von Sexualität (vgl. ebd. 2007, S.8).

⁹ sich kasteien: freiwillige Entbehrung und Leiden, um der Versuchung (des Fleisches) zu widerstehen – Anm. d. Verf.

¹⁰ Ramadan: heiliger Fastenmonat im Islam – Anm. d. Verf..

3 Exkurs: Rituale und alltägliche Formen der Selbstverletzung

Letzteres ist beispielsweise bei der rituellen Beschneidung der weiblichen Genitalien der Fall, welche in Asien und im Nahen Osten noch teilweise Anwendung findet. Besonders in Nord- und Zentralafrika ist dieses Ritual noch weit verbreitet. Die Verstümmelung des weiblichen Genitales stellt ein Initiationsritus dar. Dies bedeutet, dass das Mädchen ab diesem Zeitpunkt als Frau angesehen wird und symbolisch in das Erwachsenenalter eintritt.

Ein weiteres Beispiel für die rituell motivierte Selbstverletzung ist die so genannte „Skarifikation“, die im afrikanischen Raum verbreitet ist. Dem Körper werden gezielt Verletzungen und Wunden zugefügt, welche starke Narben hinterlassen. Diese entsprechen dem in manchen Stämmen geltenden Schönheitsideal. Des Weiteren sollen die Narben vor bestimmten Krankheiten schützen und bei Frauen geben sie Hinweis auf die Abstammung. Darüber hinaus sind Narben ein sichtbares Symbol für männlichen Mut. Je mehr Vernarbungen ein Krieger auf seiner Brust hat, desto mutiger gilt er in manchen Naturvölkern und desto höher ist sein Ansehen unter den Stammesverbündeten (vgl. Siebert 2007, S.8f.).

Nun stellt sich die Frage, ob diese religiösen und rituellen Selbstverletzungen als Störung oder als Verhaltensweise innerhalb eines kulturellen Kontextes verstanden werden können. Schlussendlich sind die entsprechenden Handlungen nicht mit pathologischer Selbstverletzung gleichzusetzen. Denn sie sind „ (...) sozial akzeptiert, in ihrer Ausführung kontrolliert und in einen kulturellen Kontext eingebunden (...)“ (Petermann, Winkel 2005, S19f.). Anhand dieser Kriterien muss eine Abgrenzung von krankhafter Selbstverletzung, wie sie im vorigen Kapitel definiert wurde, erfolgen. Auch in unserem Kulturkreis existieren Verhaltensweisen, denen nicht unbedingt Krankheitswert zuzuschreiben ist, da sie sozial akzeptiert und in manchen Fällen erwünscht sind.

3.2 Alltägliche Selbstverletzung

Unter alltäglicher Selbstverletzung werden vor allem Maßnahmen verstanden, die sozial akzeptiert, erwünscht und geduldet sind. Der Fokus liegt hierbei zu-
meist auf der Verschönerung des äußeren Erscheinungsbildes. Als Beispiele können das Auszupfen von Härchen, Ohrlochstechen, Schönheitsoperationen oder Piercing genannt werden (vgl. Ackermann 2007, S.15).

Besonders unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind Piercings und Tattoos weit verbreitet. Mittlerweile gehören sie in den Bereich des Alltäglichen und erregen gesellschaftlich kaum noch Aufsehen. Allerdings existieren inzwi-
schen extremere Formen, für die zum Teil schwerwiegende Eingriffe durchge-
führt werden müssen. Als Beispiel kann hier das so genannte „Cutting“ ange-
führt werden. Dabei wird mit einem Skalpell ein Muster in die Haut geschnitten,
welches durch Narben dauerhaft sichtbar bleiben soll. Dies wird durch die Ver-
hinderung der Wundheilung erreicht, indem der sich bildende Schorf konse-
quent entfernt wird (vgl. Siebert 2007, S.10).

Eine weitere extreme Art dieser Verschönerung des Körpers ist das „Branding“. Hierbei wird ein Metallstreifen (etwa 1200° C Hitze) in einem bestimmten Mus-
ter mit der Haut in Berührung gebracht. Durch diese schmerzhafteste Verfahrens-
weise wird die oberste Hautschicht verbrannt und es verbleiben Vernarbungen
(vgl. ebd. 2007, S.10).

Weitere Beispiele dieser Extremformen sind das „Implanting“¹¹ und „Tongue
Splitting“¹². Die Hauptmotivation der Betroffenen ist die Verschönerung ihres
Körpers. Jedoch erfüllen diese Arten des Körperschmuckes noch andere Funk-
tionen: Provokation und Abgrenzung von der Masse. Auch wenn es auf den
ersten Blick nicht so scheint, aber diese Eingriffe sind eher Teil einer neuen Ju-
gendkultur als pathologische Selbstverletzung (vgl. ebd. 2007, S.10).

¹¹ Implantieren von Piercingschmuck unter die Haut, wo er mit dem Gewebe verwächst – Anm.
d. Verf.

¹² Zungenspaltung – Anm. d. Verf.

3 Exkurs: Rituale und alltägliche Formen der Selbstverletzung

An diesem Punkt wird meines Erachtens ersichtlich, wie schmal die Grenze zwischen „normal“ und „krankhaft“ sein kann. Aber da diese Verhaltensweisen in einem kulturellen Kontext eingebunden sind und kontrolliert ausgeführt werden, ist nicht von Selbstverletzung als Krankheit auszugehen.

Darüber hinaus gibt es noch andere Formen der Schädigung des Körpers, die allgemein akzeptiert bzw. toleriert werden und denen somit kein Krankheitswert zugeschrieben werden kann. Hier seien Schönheitsoperationen, Genussmittelkonsum, Extremsportarten und „falsche“ Ernährung genannt. Ich werde jedoch nicht explizit auf diese Varianten eingehen. Sie sind meiner Ansicht nach von der „klassischen“ Selbstverletzung zu weit entfernt und eher der Selbstschädigung zuzuordnen.

Es bleibt schlussfolgernd festzuhalten, dass selbstverletzende Verhaltensweisen einer langen Tradition folgen und in dem jeweiligen Kulturkreis verankert sind. Sie zeigen die Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe bzw. grenzen sie von der Allgemeinheit ab. Sie stellen einen festen Bestandteil in der Gesellschaft dar bzw. haben sie sich gesellschaftlich etabliert und werden toleriert. Insofern sind sie von krankhafter Selbstverletzung abzugrenzen. Jedoch zeigen die oben genannten Beispiele wie grenzwertig manche Verhaltensweisen sein können. Insgesamt lässt sich festhalten, dass eine klare Trennlinie zwischen rituellen, religiösen und alltäglichen Formen der Selbstverletzung und pathologischen selbstverletzenden Verhalten nicht eindeutig gezogen werden kann (vgl. Siebert 2007, S.12f.).

Nachdem ich nun Selbstverletzung definiert, von anderen Erkrankungen abgegrenzt und die historische sowie gesellschaftliche Perspektive betrachtet habe, werde ich nun Selbstverletzung anhand des Krankheitsaspektes intensiv betrachten.

4 Selbstverletzung als Krankheit

Bezug nehmend auf das letzte Kapitel lassen sich für krankhafte Selbstverletzung einige charakteristische Merkmale herausarbeiten.

So sollte beachtet werden, dass pathologische Selbstverletzung impulsiv und zumeist im privaten Raum, somit außerhalb der Gesellschaft vollzogen wird. In Abgrenzung zu den religiösen, rituellen und alltäglichen Verletzungen bedeutet das, dass jene ihren Bezugspunkt in der Gesellschaft haben und sozial eingebunden sind. Darüber hinaus unterscheiden sich die Beweggründe, welche zu selbstverletzendem Verhalten führen. Während krankhafter SV oftmals tiefe psychologische Probleme zugrunde liegen, haben akzeptierte Formen ihren Ursprung in Traditionen, Normen und Wertvorstellungen. Des Weiteren lässt sich bei den akzeptierten Selbstverletzungen festhalten, dass es bei der Ausführung der entsprechenden Handlungen, nicht um die Verletzung und/oder den Schmerz an sich geht. So steht z.B. beim Piercen der ästhetische Aspekt im Vordergrund und der Schmerz wird zwangsläufig in Kauf genommen (vgl. Siebert 2007, S.13f.). Die krankhafte Selbstverletzung kennzeichnet sich dadurch, dass die Verletzung des Körpers beabsichtigt ist und zielgerichtet durchgeführt wird. Diesbezüglich gilt eine weitere Besonderheit, in Abgrenzung zu der religiösen, rituellen und alltäglichen Selbstverletzung: Die pathologische SV hat meist die Absicht, dass sich sofort ein sichtbares bzw. spürbares Ergebnis einstellt (vgl. ebd. 2007, S.13f.).

Abschließend sei noch angemerkt, dass es sich bei Selbstverletzung als Krankheit um ein sehr umfangreiches Themengebiet handelt. Es kann Ausdruck verschiedener Erkrankungen sein, in unterschiedlicher Ausprägung vorkommen, bezieht sich auf verschiedene Körperregionen und wird aufgrund unterschiedlicher Methoden durchgeführt (vgl. ebd. 2007, S.13). Demzufolge wird in diesem Kapitel SVV genauer betrachtet und eingegrenzt.

4.1 Epidemiologie

Um Selbstverletzung als Krankheit genauer einordnen zu können, ist es zunächst notwendig, die Epidemiologie zu betrachten. So kann herausgefunden werden, wie weit verbreitet SVV in der Gesellschaft ist, welche Altersgruppen betroffen sind und wo der geschlechterspezifische Schwerpunkt liegt.

Zur Häufigkeit bzw. Verbreitung von selbstverletzenden Verhalten in der Allgemeinbevölkerung liegen kaum gesicherte Daten vor. Selbstverletzendes Verhalten findet, wie bereits erwähnt, oft im privaten Raum statt und die Betroffenen begeben sich nicht zwangsläufig in ärztliche Behandlung. Deswegen ist es relativ schwierig ein realistisches Bild davon zu kriegen, wie viel Menschen sich tatsächlich selbst verletzen (vgl. Smith, Cox, Saradjian 2001, S.23f.).

In der Fachliteratur finden sich zudem sehr unterschiedliche Angaben. Walsh und Rosen (1988) schätzen, dass sich etwa 14 bis 600 pro 100 000 Personen selbst verletzen. Dies entspricht einer Prozentrate von ca. 0,014% bis 0,6% (vgl. Petermann, Winkel 2005, S.49). Favazza und Rosenthal (1993) kamen aufgrund mehrerer amerikanischer Studien zu einer Rate von 400 bis 1400 selbstverletzenden Personen pro 100 000. Sachsse (2000) gelangt in einer Studie, den westlichen Kulturkreis betreffend, zu einem Durchschnittswert von ca. 1%. Demgegenüber gehen Herpertz und Saß (1994) von einem Wert zwischen 0,6% und 0,75% aus (vgl. Siebert 2007, S.25). Smith et al. (2001, S.24) sprechen von 100 000 Betroffenen jährlich in Großbritannien, die sich aufgrund von Selbstverletzungen ärztliche Hilfe suchen. Darüber hinaus stellen sie fest, dass die Zahl der Vergiftungsfälle doppelt so hoch ist, wie die der Verletzungen. Dies ist nicht verwunderlich: denn die Verletzungen sind im Gegensatz zu den Vergiftungen meist nur oberflächlich und kaum lebensgefährlich. Smith et al. nehmen eine Quote von 1:600 an, d.h. von 600 Personen ist bei einer Person die Verletzung so schwerwiegend, dass ärztliche Hilfe notwendig ist (vgl. Smith, Cox, Saradjian 2001, S.24).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sehr unterschiedliche Werte über die Verbreitung von selbstverletzenden Verhalten existieren. Insgesamt lässt sich jedoch eine Prävalenzquote von ca. 1% in der Bevölkerung festhalten. Allgemein sollte davon ausgegangen werden, dass die Dunkelziffer wahrscheinlich um einiges höher ist. Denn nicht über jede Selbstverletzung wird Auskunft gegeben.

Im Hinblick auf die Frage, wann selbstverletzendes Verhalten erstmalig auftritt, kristallisieren sich in der Fachliteratur die Jugend und das frühe Erwachsenenalter übereinstimmend heraus. Smith et al. (2001, S.28) geben an, dass bei 60% der Betroffenen die Symptomatik in einem Alter zwischen 16 und 25 Jahren beginnt. Jedoch sollte in Betracht gezogen werden, dass SVV weit vor und weit nach dem angegebenen Alter beginnen kann. Smith et al. konnten selbstverletzende Verhaltensweisen in allen Altersstufen finden. Jedoch ist SVV laut Statistik bei jungen Personen häufiger verbreitet als bei älteren. Eine Erklärung hierfür mag sein, dass ältere Menschen gelernt haben könnten anders mit den gesellschaftlichen, persönlichen und sexuellen Anforderungen umzugehen und ihnen generell weniger ausgesetzt sind (vgl. Smith, Cox, Saradjian 2001, S.28f.).

Favazza und Conterio (1989) stellten in einer amerikanischen Stichprobe von Betroffenen ein „Einstiegsalter“ von 14 Jahren fest. Bestätigt wird dies durch Teegen und Wiem (1999), die in einer internationalen Studie ein Durchschnittsalter von 14,5 Jahren anführen. Zudem weist Eckhardt (1994) darauf hin, dass das der Beginn der Selbstverletzung mit der dem Beginn der Pubertät korreliert (vgl. Siebert 2007, S.26).

Bezüglich der Geschlechterverteilung ist in der Fachliteratur ersichtlich, dass Frauen häufiger von Selbstverletzung betroffen sind als Männer. Jedoch schwanken die Zahlen diesbezüglich. Herpertz und Saß (1994) gehen von einem Verhältnis von 3:1 aus.

Sachsse (2008, S.37) spricht sogar von einer 10:1 – Verteilung und führt die Tatsache, dass mehr Mädchen sexuell missbraucht werden, als mögliche Begründung dafür an, dass im Erwachsenenalter mehr Frauen sich selbst verletzen (vgl. Sachsse 2008, S.37). Für Smith et al. (2001) liegen in der Sozialisation von Frau und Mann die mögliche Ursache, dass SVV bei Frauen häufiger auftritt. Ihre These begründet sich darauf, dass Frauen von klein auf lernen, dass das Ausleben einer starken Emotion wie Wut oder Frustration als „unweiblich“ gilt. Somit kanalisieren Frauen eher ihre Gefühle. Anstatt sie nach außen zu tragen, richten Frauen ihre Gefühle – in Form von selbstverletzendem Verhalten – gegen sich selbst. Die Autorinnen weisen des Weiteren darauf hin, dass Männer mit Selbstverletzung anfangen, wenn „ (...) sie aus irgendeinem Grund das Gefühl haben, ihr Leben nicht mehr selbst bestimmen zu können (...) [und] wenn sie in Situationen geraten, in denen sie zu passiven Verhalten gezwungen werden.“ (ebd. 2001, S.26). Als Beispiel nennen sie das Gefängnis, gehen allerdings nicht detaillierter darauf ein. Petermann und Winkel (2005, S.53) unternehmen diesbezüglich einen Erklärungsversuch. Zunächst äußern sie die Vermutung, dass sich bis zu 50% aller inhaftierten Männer selbst verletzt. Potentielle Ursachen sehen sie darin, dass ein hoher Anteil der Insassen an nicht identifizierten psychischen Störungen leidet, die Inhaftierung in hohem Maße Stress auslöst und die Selbstverletzung als alternative Form zu gewohnten Bewältigungsstrategien gewählt wird.

Fasst man diese ganzen Werte zusammen bedeutet das, dass selbstverletzendes Verhalten bei ca. 1% der Allgemeinbevölkerung auftritt. Das „Einstiegsalter“ liegt bei ca. 14 Jahren und der überwiegende Teil der Betroffenen sind Frauen. Diese Daten sollen einen Überblick geben und den Bereich der Betroffenen eingrenzen. Wie schon erläutert, existieren wenige wissenschaftliche fundierte Daten über die Epidemiologie von selbstverletzenden Verhalten. Im Folgenden wird es um die Formen, die Diagnostik und die Funktionen selbstverletzenden Verhaltens gehen.

4.2 Formen der Selbstverletzung

Selbstverletzende Verhaltensweisen sind sehr vielfältig und bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen anzutreffen. Die häufigste Form ist die Verletzung der Haut durch Schneiden bzw. Ritzen mit Messern, Rasierklingen, Scherben oder Scheren. Doch nicht nur solche offensichtlichen Gegenstände dienen den Betroffenen als Werkzeug. Auch unscheinbare Gegenstände, wie Stifte, Schmuck oder Nagelscheren können für eine Verletzung verwendet werden. Von zentraler Bedeutung ist für den Hauptteil der Betroffenen der Anblick von Blut. Deshalb wird oftmals so lange geritzt oder gekratzt bis die Wunde anfängt zu bluten. Dies ist ein sichtbares (und spürbares) Zeichen, dass ihre Handlung Wirkung erzielt hat. Die Betroffenen fühlen sich dann wieder in die „Realität zurückgeholt“ und „lebendig“ (vgl. Petermann, Winkel 2005, S.25). Sie schneiden sich vor allem an den Armen und Beinen. Seltener werden der Rumpf, Kopf oder die Genitalien verletzt (vgl. Sachsse 2008, S.35).

*Tabelle 1.1: Häufigkeit der Selbstverletzung eines Körperteiles*¹³

Körperteil	Prozent (%)
Arme/Handgelenke	74
Beine	44
Bauch	25
Kopf	23
Brust	18
Genitalbereich	8

¹³ vgl. Smith, Cox, Saradjian 2001, S.19

4 Selbstverletzung als Krankheit

Weitere Formen der Selbstverletzung sind: Verbrennen mit Zigaretten, Verbrühen mit heißer Flüssigkeit oder Verätzen der Haut mit chemischen Substanzen. Jedoch sind diese Formen eher selten (vgl. Sachsse 2008, S.19). Zudem sind die eigenen Hände, Fingernägel und Zähne ebenfalls Werkzeuge, um den Körper Schaden zuzufügen. Dementsprechend sind das Aufkratzen der Haut oder von Wunden häufig verbreitet. Viele Betroffene schlagen sich selbst bis blaue Flecken entstehen, schlagen ihren Kopf an die Wand oder beißen sich selbst.

*Tabelle 1.2: Häufigkeit verschiedener Formen von Selbstverletzenden Verhalten.*¹⁴

Verhaltensweise	Prozent (%)
Schneiden (Gliedmaßen)	71
Sich-Beißen (Mundinneres)	60
Kratzen (bis aufs Blut)	59
Kratzen (ohne Blut)	57
Sich-Schlagen	44
Sich-Beißen (andere Stellen)	37
Sich-Verbrennen	31
Ausreißen von Kopfhaar	30
Schneiden der Genitalien	14
Brechen eigener Knochen	8
Sehr heiße Einläufe	5

Ergänzend ist hinzuzufügen, dass es sich bei den dargestellten Formen lediglich um eine Auswahl an selbstverletzenden Verhaltensweisen handelt.

¹⁴ Vgl. Petermann, Winkel 2005, S.26

Aus dem bisher Erarbeitenden und den erstellten Tabellen wird ersichtlich, dass eine große Vielfalt an Verhaltensweisen existiert, um den eigenen Körper zu verletzen. Allerdings zählen Kratzen und sich Schneiden zu den verbreitetsten Formen der Selbstverletzung.

Eine besondere Form stellt die genitale Selbstverletzung dar, auf die ich im Folgenden kurz eingehen möchte.

Laut einer Einzelfallstudie, die Petermann und Winkel erwähnen, können Menschen, die sich genital selbst verletzen, in vier Typen eingeteilt werden: „Psychotische Patienten, die ihre Genitalien verzerrt wahrnehmen und/oder halluzinierten Befehlen zur Selbstverstümmelung folgen; Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen (vor allem Frauen); Transsexuelle, die ihr Geschlecht verändern möchten (vorwiegend Männer) und Personen, deren Selbstverletzung bestimmte religiöse Überzeugungen widerspiegelt.“ (Petermann, Winkel 2005, S.27).

Frauen führen meist gefährliche Objekte (Schere, Rasierklinge) ein oder erzeugen selbst Abtreibungen. Genitale Selbstverletzung bei Männern besteht in der Verstümmelung des Penis oder der Hoden und in Selbstkastration. Insgesamt kommt genitale Selbstverletzung sehr selten vor. Allerdings sind die Verletzungen meist schwerwiegender als andere Selbstverletzungen (vgl. ebd. 2005, S. 27).

Selbstverletzendes Verhalten lässt sich neben der Art der Verletzung weiterhin anhand des Schweregrades beschreiben. Hierbei gibt es verschiedene Möglichkeiten SVV zu kategorisieren.

Herpertz et al. (1994) differenzieren in moderate (milde) und major (gravierende) Selbstverletzung. Dabei handelt es sich bei den Major-Selbstverletzungen um sehr schwerwiegende und teilweise lebensbedrohliche Handlungen. Es kommt beispielsweise zur Amputation von Gliedmaßen, Zerstörung eines Auges und zur Selbstkastration (vgl. Siebert 2007, S.28).

Der Wiederholungscharakter bei diesen Verhaltensweisen ist als gering einzustufen. Es ist demzufolge damit zu rechnen, dass solch eine schwere Verletzung einmalig im Krankheitsverlauf der Betroffenen bleibt. Bei den Betroffenen handelt es sich vorwiegend um Schizophrenie-Erkrankte (das Verhalten tritt aufgrund von Halluzinationen oder Wahnideen auf) oder um Menschen mit geistiger Behinderung. Bisweilen kann es zu derartigen Major – Selbstverletzungen im Zusammenhang mit Drogenpsychosen oder Transsexualität (bei Männern) kommen (vgl. Siebert 2007, S.28). Allgemein bleibt festzuhalten, dass diese Art der Selbstverletzung sehr selten auftritt. Folglich möchte ich in meiner Arbeit nicht präziser darauf eingehen.

Sehr viel häufiger kommt es zu den Selbstverletzungen, die als moderat (mild) bezeichnet werden. Ein Blick auf die Art und Schwere der Verletzungen verdeutlicht allerdings, dass dieser Begriff nur im Vergleich zu den Major – Selbstverletzungen angemessen scheint. Es sollte dementsprechend an dieser Stelle noch einmal zwischen leichten und schweren Selbstverletzungen unterschieden werden (vgl. ebd. 2007, S.29). Charakteristisch für leichte Verletzungen sind z.B. Schläge mit der Hand gegen den Kopf, sich Beißen oder Kneifen sowie oberflächliche Hautverletzungen, die nicht medizinisch behandelt werden müssen. Die schwere Form der Selbstverletzung beinhaltet beispielsweise das Schlagen des Kopfes an die Wand oder den Versuch, sich selbst die Knochen zu brechen (vgl. Petermann, Winkel 2005, S.29). Darüber hinaus können Gefäße, Nerven und Muskeln durch tiefe Schnitte verletzt werden, welche bleibende Schäden und Narben hinterlassen (vgl. Sachsse 2008, S.35).

Die Übergänge zwischen leichter und schwerer Selbstverletzung sind oft fließend. Des Weiteren variiert das Ausmaß der Schädigung im Hinblick auf Art und Schwere der Verletzung. Für Sachsse steht „ (...) die Schwere des SVV mit der Schwere der Störung (...)“ im Zusammenhang und er weist darauf hin, dass „ (...) die meisten Selbstverletzungen nur oberflächlicher Natur [sind] und (...) keine entstellenden Narben“ (ebd. 2008, S.35) hinterlassen.

Auffallend ist, dass die Betroffenen während der Durchführung der Selbstverletzung keinerlei Schmerz verspüren. Dies ist vermutlich auf die Ausschüttung körpereigener Opiate (Endorphine) zurückzuführen, welche bei starken Stresssituationen produziert werden. Das Schmerzempfinden kehrt erst nach einiger Zeit – Minuten, Stunden oder sogar Tagen – zurück, wenn die Wirkung der Endorphine nachlässt. Eine weitere mögliche Begründung für den fehlenden Schmerz ist, dass sich die Betroffenen in einem dissoziierten Zustand, also außerhalb ihres Körpers, befinden und daher keinerlei Schmerzempfinden verspüren. Doch trifft dies nicht auf alle Selbstverletzer zu: Manche Betroffenen nehmen den Schmerz wahr und erleben ihn als sehr unangenehm. Jedoch überwiegt das seelische Leiden und der körperliche Schmerz wird somit in den Hintergrund gedrängt (vgl. Petermann, Winkel 2005, S. 27).

4.3 Diagnostische Zuordnung der Selbstverletzung

Innerhalb der Frage, wie sich SVV diagnostisch zuordnen lässt, sollte gleichzeitig der Aspekt betrachtet werden, ob Selbstverletzung „nur“ ein Symptom oder darüber hinaus eine eigenständige psychische Erkrankung darstellt.

Ein Blick in die gängige Fachliteratur verdeutlicht, dass Selbstverletzung „(...) nicht als psychische Störung, sondern (...) als Symptom im Rahmen verschiedener spezifischer Störungen betrachtet [werden kann] (...)“ (Petermann, Winkel 2005, S.35). Levenkron (2004, S.24) betrachtet dies kritisch und sieht eine Gefahr darin, dass das manchmal körperlich gefährliche und seelisch lebensbedrohliche Verhalten nur zweitrangig behandelt wird. Er beschreibt demzufolge Kriterien, anhand derer Selbstverletzung diagnostiziert werden kann:

- „wiederholtes Verletzen der eigenen Haut (...),
- ein Gefühl der Anspannung unmittelbar vor dem entsprechenden Handeln,
- der körperliche Schmerz geht einher mit Gefühlen von Entspannung, Befriedigung und einer angenehmen Betäubtheit,

-
- das Gefühl von Scham und Angst vor sozialer Ächtung bewirkt, dass der Betroffene versucht Narben, Blut oder andere Anzeichen für das selbstzerstörerische Verhalten zu verbergen.“ (ebd. 2004, S. 24).

Allerdings ist meines Erachtens diese Klassifikation, im Hinblick auf die oben erwähnte Fragestellung, ob SVV als Symptom oder eigenständige psychische Störung angesehen werden kann, lediglich eine Annäherung.

Sachsse (2008, S.55) nähert sich der Problematik, in dem er SVV diagnostisch mithilfe der Kategorien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) zu erfassen versucht. Er spricht sich einleitend dagegen aus, zu schnell eine Diagnose wie Borderline in Verbindung mit SVV zu stellen. Denn je länger sich mit einem Patienten beschäftigt wird, desto schwieriger ist die diagnostische Zuordnung. Sachsse wirft dementsprechend die Frage auf, welches Symptom bei den Betroffenen eigentlich *nicht* vorkommt. Ergebnis dessen ist ein Diagnosekatalog von beeindruckender Länge: „Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline Typus (F 60.31)/ narzisstische Persönlichkeitsstörung (F 60.8) oder kombinierte Persönlichkeitsstörung (F 61) als andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrebelastung (F 62.0) oder Posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1).“ (ebd. 2008, S.56). Nach den Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV) deutet die Symptomatik des selbstverletzenden Verhaltens auf mehrere Syndrome oder Persönlichkeitsstörungen hin. Dementsprechend wird Selbstverletzung, wie im Kapitel 1 erläutert, neben „(...) wiederholten Suizidhandlungen, Suizidandeutungen oder –drohungen (...)“ (Saß et al.2003, S.774) als fünftes Kriterium einer Borderline-Störung genannt.

Hinzu kommt noch der „(...) wesentliche Hinweis auf die posttraumatische Belastungsstörung, (...)“, die Sachsse im Hinblick auf die Psychodynamik¹⁵ verantwortlich sieht „(...) für das Borderline-Niveau (...)“ (ebd. 2008, S.56) der Betroffenen.

Es bleibt zusammenfassend festzuhalten, dass auch in den internationalen Klassifikationssystemen, wie DSM-IV und ICD-10, Selbstverletzung bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht als eigenständige Störung anerkannt wird.

Wie in den vorhergehenden Abschnitten beschrieben wurde, kann selbstverletzendes Verhalten verschiedene Formen annehmen und muss nicht an eine bestimmte psychische Störung gebunden sein. Aufgrund seiner besonderen Merkmale sollte Selbstverletzung als eigenständige psychische Störung anerkannt und in die Klassifikationssysteme aufgenommen werden. Es würden sich mehrere Vorteile ergeben:

- SVV wäre als Störungsbild in der Öffentlichkeit bekannter und weniger tabuisiert.
- Das fachliche Wissen bei medizinischem Personal dürfte sich erhöhen und folglich die Diagnostik erleichtern.
- Betroffene ließen sich u. U. leichter erkennen und fachgerecht therapieren.
- Eigene Therapieformen könnten speziell für diese Störung entwickelt werden.

Im Folgenden sollen Argumente (auf Grundlage der ICD-10 und des DSM-IV) dafür beschrieben werden, dass das selbstverletzende Verhalten auch als eigenständige psychische Störung aufgefasst werden kann. Nämlich als Form einer Impulskontroll- oder Abhängigkeitsstörung (vgl. Petermann, Winkel 2005, S.35ff.).

¹⁵ Psychodynamik ist das Zusammenspiel von Beziehungsmustern, inneren Konfliktsituationen und strukturellen Bedingungen bei einem Menschen.
(vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Psychodynamik>, verfügbar am 29.01.2010)

4.3.1 Selbstverletzendes Verhalten: Eine Impulskontrollstörung?

Es existieren einige Anzeichen, dass selbstverletzende Verhaltensweisen besonders bei Menschen auftreten, deren Persönlichkeit durch Impulsivität gekennzeichnet ist. Im DSM-IV sind diese Krankheitszeichen genauer beschrieben: „Das Hauptmerkmal von Störungen der Impulskontrolle ist das Versagen, dem Impuls, Trieb oder der Versuchung zu widerstehen, eine Handlung auszuführen, die für die Person selbst oder für andere schädlich ist.“ (Saß et al. 2003, S.727). Des Weiteren fühlt der Betroffene sich vor dem Ausführen der Handlung angespannt oder erregt. Er erlebt bei der Durchführung ein Gefühl der Entspannung, Befriedigung oder des Vergnügens. Nach der Handlung können Reue, Selbstvorwürfe und/oder Schuldgefühle auftreten (vgl. ebd. 2003, S.727). SVV kann diesbezüglich als Form einer Impulskontrollstörung, beispielsweise mit dem pathologischen Stehlen (Kleptomanie) verglichen werden. Weitere Beispiele für eine Störung der Impulskontrolle sind Pyromanie (Brandstiftung), pathologisches Spielen (Glücksspiel) und die Trichotillomanie (Ausreißen von Haaren). Auch im ICD-10 werden diese Störungen unter dem Kapitel F63 als „abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ (Dilling, Mombour, Schmidt 2008, S. 258) definiert.

Laut ICD-10 „(...) äußert sich [eine Impulskontrollstörung] allgemein darin, dass

- Handlungen wiederholt und ohne vernünftigen Grund oder gegen vernünftige Gründe durchgeführt werden,
- die betroffene Person keine Kontrolle über das Verhalten besitzt,
- dabei eigene oder fremde Interessen beeinträchtigt werden und
- das Verhalten von den Personen selbst als impulsiv erlebt und beschrieben wird.“ (Petermann, Winkel 2005, S. 37)

Jedoch sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass die Gefahr besteht, eine Störung der Impulskontrolle mit Zwangsstörungen und süchtigem Verhalten gleichzusetzen.

Eine Abgrenzung erfolgt, wenn man sich des Merkmals bewusst wird, dass die Betroffenen einen plötzlichen auftretenden Drang verspüren, das Verhalten durchzuführen und unfähig sind, sich selbst davon abzuhalten.

Es lässt sich schlussendlich festhalten, dass es sich bei selbstverletzenden Verhalten um eine Manifestation der Impulskontrollstörung handelt. Zunächst lässt sich ein Bezug zu SVV anhand der DSM-IV- und ICD-10-Kriterien herstellen. Weitere Anzeichen für impulsives Verhalten sind die mangelnde Fähigkeit das Verlangen zu unterdrücken und das Verhalten zu kontrollieren. Auch hier lässt sich eine Verbindung zu selbstverletzenden Verhalten herstellen. Allerdings sollte in Betracht gezogen werden, dass nicht jede Person, die sich selbst verletzt, diesen Impuls nachgibt. Der Drang ist, wie erwähnt, sehr intensiv und es besteht die Möglichkeit, dass das Verhalten teilweise, wenn auch nicht vollständig unterdrückt werden kann (vgl. Petermann, Winkel 2005, S.38f.).

4.3.2 Selbstverletzendes Verhalten: Eine Abhängigkeitsstörung?

Eine andere Betrachtungsweise zu der Auffassung von Selbstverletzung als Impulskontrollstörung besteht darin, selbstverletzendes Verhalten unter dem Aspekt der Sucht und Abhängigkeit zu betrachten. Für Betroffene besitzt das Verhalten eine unwiderstehliche Anziehungskraft und der Drang, sich selbst zu verletzen, kann kaum unterdrückt werden (vgl. ebd. 2005, S.39).

Im Folgenden werden die DSM-IV-Kriterien für Sucht und Abhängigkeit dem selbstverletzenden Verhalten gegenübergestellt. Im Vergleich zu den nicht stoffgebundenen Suchtformen (z.B. Arbeitssucht, Kaufsucht, Sexsucht) treffen laut DSM-IV einige Kriterien stoffgebundener Abhängigkeiten auf Patienten mit selbstverletzenden Verhalten zu. Dies bezieht sich auf die Steigerung von Schweregrad und Häufigkeit des Verhaltens über eine gewisse Zeit sowie die Toleranzentwicklung, Entzugserscheinungen und die erfolglosen Versuche, das Verhalten aufzugeben. Darüber hinaus bleibt das Verhalten trotz der Einsicht bestehen, dass körperliche und psychische Probleme damit verbunden sind (vgl. ebd. 2005, S.39).

Betrachtet man Selbstverletzung unter dem Aspekt der Abhängigkeit, treffen folgende Kriterien des DSM-IV zu:

- Verlust der Kontrolle über den Substanzgebrauch (hier: über das selbstverletzende Verhalten),
- Entwicklung einer Toleranz, d.h. das Verhalten muss immer häufiger und intensiver durchgeführt werden, um einen Effekt zu erzielen und
- Auftreten von Entzugserscheinungen (vgl. Petermann, Winkel 2005, S.39f.).

Das Suchtpotential des selbstverletzenden Verhaltens lässt sich aufgrund verschiedener Anhaltspunkte erklären. Im Verlauf der Arbeit habe ich schon erwähnt, dass die Selbstverletzung verschiedene Funktionen bei den Betroffenen erfüllt. Einerseits kann von einer Verbesserung der Stimmung bzw. einem Gefühl der Entspannung gesprochen werden. Auf der anderen Seite dient SVV als negativer Verstärker (z.B. bei der Reduktion von Dissoziation). Des Weiteren werden bei der Verletzung körpereigene „Glückshormone“ (Endorphine) ausgeschüttet.

Schlussendlich könnte somit bei den Personen, die sich häufig und regelmäßig verletzen, eher von einer Abhängigkeits- als von einer Impulskontrollstörung gesprochen werden. Jedoch betrachte ich dies kritisch, denn nicht jeder Betroffene verletzt sich häufig und regelmäßig. Es besteht durchaus die Möglichkeit, dass ein größerer Zeitraum zwischen den Verletzungen liegt. Ebenso muss sich der Schweregrad der Verletzung nicht zwangsweise steigern. Aus eigener Erfahrung weiß ich, dass die Schwere der Verletzung über Jahre kontinuierlich bleiben kann. Darüber hinaus scheint es meines Erachtens schwierig, Entzugserscheinungen nachzuweisen. Ich schließe es nicht aus, dass bei einem bestimmten Teil der Betroffenen eine Abhängigkeit vorliegt. Es erscheint mir lediglich schwierig, dies empirisch zu belegen. Die Auffassung, dass es sich bei SVV um eine Störung der Impulskontrolle oder um ein Symptom im Rahmen einer psychischen Störung handelt, erscheint mir zum gegebenen Zeitpunkt nachvollziehbarer.

4.4 Funktionen der Selbstverletzung

Menschen, die sich selbst verletzen, haben verschiedene Gründe für ihr Verhalten und durchleben ein ganzes Spektrum verschiedener Gefühle. An dieser Stelle soll die Frage nach dem Sinn des selbstverletzenden Verhaltens beantwortet werden oder anders ausgedrückt: Warum verletzen sich Menschen selbst? Vorab sei allgemein angemerkt, dass das SVV intrapersonell oder interpersonell ausgerichtet sein kann. Dies bedeutet vereinfacht: Die selbstverletzende Handlung soll im Betroffenen selbst oder in seiner Umgebung eine Wirkung herbeiführen (vgl. Siebert 2007, S.48).

4.4.1 Allgemeine Aspekte

Um die Gründe für selbstverletzende Verhaltensweisen nachvollziehen und verstehen zu können, erscheint es meines Erachtens sinnvoll, sich in das Empfinden der Betroffenen einzufühlen und ein Stück deren Sichtweise zu übernehmen. Einleitend soll daher auf den Gefühlszustand vor, während und nach der Selbstverletzung eingegangen werden.

Der Akt der Selbstverletzung folgt einem charakteristischen Spannungsbogen. Die Betroffenen befinden sich kurz vor der Verletzung in einem emotionalen Zustand, den sie als belastend empfinden bzw. den sie nicht aushalten können. Dies bedeutet, dass Ereignisse, die objektiv betrachtet profan wirken, in der Wahrnehmung der Betroffenen als Belastung erlebt werden und eine massive innere Spannung auslösen. Als Beispiele für dieses subjektive Empfinden können der Umschwung von Hass zu Selbsthass, Zustände der Dissoziation, Gefühle von innerer Leere, Wut und Benommenheit angeführt werden (vgl. ebd. 2007, S.48). Problematisch hierbei ist, dass sich der Belastungszustand weder vorhersehen noch von Anfang an vermeiden lässt. Den Betroffenen ist es nicht möglich, widersprüchliche und negative Emotionen angemessen zu bewältigen.

Dies führt zu einem weiteren Spannungsaufbau und somit zu Depersonalisation¹⁶ und Derealisation¹⁷. Infolgedessen kommt es zu tranceartigen Zuständen, Amnesien und Verlust des Körpergefühls (vgl. Siebert 2007, S.49). Die betroffene Person ist so in diesem Zustand gefangen, dass das Zeit- und Raumgefühl völlig verloren geht.

Auf dem „Höhepunkt“ des Spannungsgefühls ist die selbstverletzende Handlung für den Betroffenen die einzige Möglichkeit, den unangenehmen Zustand zu beenden. Der Schnitt in die Haut (oder eine andere Verletzung) und der Anblick des strömenden Blutes erzeugen Erleichterung und Entspannung. Dieses sich einstellende Wohlbefinden ist allerdings nur von kurzer Dauer. Der Betroffene kehrt relativ schnell in die Realität zurück und die positiven Emotionen werden abgelöst von Scham, Ekel und Schuld. Diese Gefühle erzeugen eine neue Spannung, die sich aufbaut und wieder abgebaut werden muss. Somit kann Selbstverletzung als ein Teufelskreis bezeichnet werden, aus dem der Betroffene nur schwer ausbrechen kann.

Nichtsdestotrotz muss festgehalten werden, dass der Symptomhandlung eine gute Absicht zugrunde liegt, da ein unerträglich empfundener Zustand beendet werden soll (vgl. ebd. 2007, S.49). Diesbezüglich stimme ich Sachsse (2008, S. 50f.) zu, der die Selbstverletzung als einzige Möglichkeit der Selbstfürsorge und „(...) als Ventil für inneren Druck (...)“ sieht. Zudem scheint die Tiefe und Intensität der Verletzung mit dem Ausmaß des Spannungsgefühls überein zustimmen.

Dies bedeutet: Je höher der innere Druck ist, desto schwerwiegender ist die Verletzung (vgl. Siebert 2007, S.50). Im Folgenden soll nun auf einige spezielle Funktionen des selbstverletzenden Verhaltens eingegangen werden.

¹⁶ Die Person fühlt sich wie betäubt und losgelöst von allen – Anm. d. Verf.

¹⁷ Die Realität existiert für einen kurzen Augenblick nicht und wird als fern und unwirklich erlebt – Anm. d. Verf.

4.4.2 Intrapersonelle Funktionen

Die intrapersonellen Funktionen haben das Ziel, bei dem Betroffenen selbst eine Wirkung hervorzurufen. Dies bedeutet im Konkreten: Die selbstverletzenden Verhaltensweisen erfüllen die Aufgabe, verschiedene Stimmungen auszugleichen bzw. dem Betroffenen zu helfen, sich besser zu fühlen. Einige dieser Funktionen sollen im Folgenden beschrieben werden.

Zunächst ist die antidepressive Wirkung anzuführen, die von einer selbstverletzenden Handlung ausgehen kann. Die meisten Personen, die zur Selbstverletzung neigen, haben Probleme mit dem Alleinsein und sind bei Situationen der Einsamkeit der permanenten Gefahr ausgesetzt, von diesem Gefühl überwältigt zu werden und somit in eine depressive Stimmung zu stürzen. Diesbezüglich empfinden sich viele Betroffene, wenn sie allein sind, innerlich leer, ihr Leben scheint keinen Sinn zu machen und sie sehen keinerlei Fortschritte. In dieser depressiven Stimmung erscheint alles hoffnungslos und sie empfinden sich in einer Sackgasse, aus der es kein Herauskommen zu geben scheint. Oftmals können schon alltägliche Situationen und geringfügige Vorkommnisse reichen, um die Betroffenen in einen für sie nicht erträglichen Zustand zu versetzen. In diesen Momenten ist die selbstverletzende Handlung die einzige Möglichkeit, um das depressive Gefühl aufzulösen und dient somit als Antidepressivum (vgl. Siebert 2007, S.50f.).

Darüber hinaus hat die Selbstverletzung die Funktion, Depersonalisationszustände zu beenden. Viele Betroffene geraten in Situationen, in denen sie ihren Körper nicht mehr spüren. Bei dieser körperlichen Entfremdung fühlen sie sich wie abgestorben und das Selbst wird verändert wahrgenommen (vgl. Ackermann 2007, S.40). Hierbei können seelische Vorgänge, Gedanken, Gefühle und Handlungen dem „Ich“ nicht mehr zugeordnet werden, sondern erscheinen fremd und vom Körper abgespalten. In dieser Situation dient das SVV als Mittel, um sich wieder zu spüren und der Betroffene erhält die Gewissheit noch am Leben zu sein (vgl. Siebert 2007, S.51).

Sachsse (2008, S.52) sieht in dem SVV ein Grenzerleben, da die Betroffenen ihre eigene Körpergrenze nicht klar empfinden können. Der Schnitt an sich ist hierbei schmerzfrei und es stellt sich nach kurzer Zeit ein begrenztes Schmerzempfinden ein. Insgesamt hat das SVV für den Betroffenen die Funktion, wieder Kontakt zu sich selbst herzustellen.

Den Emotionen der inneren Leere und der Depersonalisation steht ein Zustand gegenüber, in dem zu viele Gedanken und Gefühle auf den Betroffenen einströmen. Dies kann in Situationen entstehen, in denen sich der Betroffene als besonders empfindlich erlebt. Dann ist es durchaus möglich, dass er sich schnell überfordert fühlt. Das innere Erleben wird als chaotisch, verwirrend und beunruhigend erlebt. Um wieder Ordnung in dieses (empfundene) Chaos zu bringen, greift der Betroffene zu selbstverletzendem Verhalten. Daher kann die Selbstverletzung als ein Versuch angesehen werden, die Kontrolle über sich zurück zu gewinnen (vgl. Ackermann 2007, S.42).

Ein weiterer Aspekt selbstverletzender Verhaltensweisen ist die Selbstbestrafung. Dies ist besonders bei jungen Frauen verbreitet, denn oftmals sind sie es, die besonders hohe Anforderungen an sich stellen. „Wenn sie diesen im privaten oder beruflichen Bereich nicht gerecht werden können, entwickeln sie Wut auf sich selbst, Selbsthass und Selbstbeschuldigungen.“ (Ackermann 2007, S.42). Demzufolge tritt das Gefühl auf, dass sie schlechte Menschen sind und sich selbst für ihr Versagen bestrafen müssen. Im Anschluss an die Verletzung treten Schuldgefühle, Scham und Trauer auf. Auch dies führt zu einem Teufelskreis: Durch die Selbstverletzung sollen die Schuldgefühle eigentlich beseitigt werden. Doch entstehen gleichzeitig wieder neue Schuld- und Schamgefühle durch die mit Schwäche assoziierte Handlung (vgl. ebd. 2007, S. 43).

Eine weitere intrapersonelle Funktion stellt die Suizidprophylaxe dar. Durch die Selbstverletzung soll das Überleben gesichert bzw. einem Selbstmord vorgebeugt werden. Im Kapitel 2.4 wurde bereits Selbstmord deutlich von Selbstverletzung abgegrenzt. In diesem Zusammenhang sei noch mal erwähnt, dass es den Betroffenen um die Verletzung und nicht um das Sterben geht. „Deshalb ist die Selbstverletzung an und für sich kein Hinweis auf eine Selbsttötungsabsicht. Ganz im Gegenteil sagen viele der betroffenen (...) [Personen], dass sie sich selbst verletzen, um sich ein Weiterleben zu ermöglichen.“ (Smith, Cox, Saradjian 2001, S.22). Die Selbstverletzung dient demzufolge der Linderung schmerzhafter Bewusstseinszustände, um so wieder zu sich selbst zurückzufinden und andere Anforderungen des Lebens wieder bewältigen zu können (vgl. ebd. 2001, S.22). Es sei noch angemerkt, dass dem SVV zwar dieselben Impulse zugrunde liegen können wie dem Suizidversuch, allerdings wird ihnen nicht im vollen Ausmaß nachgegeben (vgl. Siebert 2007, S.52f.).

Erwähnenswert ist ebenfalls die enge Verbindung zwischen Aggression und Autoaggression, die den Hintergrund einiger selbstverletzender Verhaltensweisen bildet. Im Vorfeld einer Selbstverletzung kann das Gefühl von unbändiger Wut sehr dominant sein. Dabei bezieht sich die Wut nicht auf die Person, sondern auf seine Umwelt (vgl. ebd. 2007, S.52). Besonders Menschen mit Missbrauchs- und/oder Misshandlungsvergangenheit haben gelernt, ihre Emotionen nicht nach außen abzureagieren, da dies oftmals Sanktionen nach sich zieht. Auch von Frauen wird innerhalb der Gesellschaft erwartet, dass sie ihre Wut nicht ausdrücken (vgl. Smith, Cox, Saradjian 2001, S.49). Dementsprechend werden die Emotionen nicht nach außen getragen, sondern autoaggressiv gegen das eigene Selbst gerichtet (vgl. Siebert 2007, S.52).

Die Selbstverletzung erfüllt weiterhin die Funktion der Re-Inszenierung traumatischer Erlebnisse. Dies bedeutet vereinfacht: Traumata werden durch das selbstverletzende Verhalten nachgespielt, um sie zu verarbeiten und hinter sich zu lassen.

So fügen sich die Betroffenen Verletzungen zu, die jenen gleichen, die sie in ihrer Kindheit erlitten haben. Der wesentliche Unterschied liegt allerdings in der Pflege und Versorgung der Wunde nach der Verletzung. Während beim ursprünglichen Trauma der Betroffene ohne jegliche Fürsorge und Trost zurückblieb, wird die eigene Haut nach der Selbstverletzung sorgsam und gewissenhaft gepflegt. Es ist also anzunehmen, dass die Fürsorge in der Gegenwart den in der Vergangenheit erlittenen Schaden heilen soll (vgl. Smith, Cox, Saradjian 2001, S.54f.). Diesbezüglich kann von einer selbsttherapeutischen Funktion der Selbstverletzung gesprochen werden.

Intrapersonell erfüllt selbstverletzendes Verhalten noch die Funktion als „narziß-tisches Regulativ“ (Sachsse 2008, S.52). Die Betroffenen definieren sich über ihre Selbstverletzung und sind insgeheim stolz darauf. Der Stolz bezieht sich auf die Fähigkeit, den Schmerz aushalten zu können und somit härter und mutiger zu sein als andere Menschen. Jedoch muss an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen werden, dass das Schmerzempfinden während der Selbstverletzung stark eingeschränkt ist. Für Menschen, die die Selbstverletzung als narzisstische Regulation verwenden, ist dies oft die einzige Möglichkeit ihr Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein zu steigern (vgl. Siebert 2007, 54).

Es existiert ein weites Spektrum an Gründen, warum ein Mensch sich selbst verletzt. Schlussendlich kristallisieren sich 8 Faktoren heraus:

- Bewältigung von Einsamkeit und Alleinsein (SVV als Antidepressivum)
- Beendigung von Depersonalisationszuständen
- Erlangen der Kontrolle im Chaos
- Selbstbestrafung
- Suizidprophylaxe

- Bewältigung von Aggression/ Wut
- Re-Inszenierung traumatischer Erlebnisse
- Narzisstisches Regulativ

Neben den erwähnten Aspekten gibt es darüber hinaus die interpersonellen Funktionen, die im Folgenden betrachtet werden sollen.

4.4.3 Interpersonelle Funktionen

Unter den interpersonellen Funktionen versteht man jene Aspekte der Selbstverletzung, die sich auf die Umgebung des Betroffenen beziehen.

Einleitend wäre hier der negativ appellative Charakter der Selbstverletzung anzuführen, welcher dem Umfeld zu verstehen gibt, dass man von selbigem enttäuscht ist. Allerdings schränkt Sachsse (2008, S. 53) ein: „Es gilt im Einzelfall zu unterscheiden, ob das SVV (...) wirklich als Mitteilung intendiert war oder nicht.“ Die Betroffenen befinden sich in einem dissoziativen Zustand, welcher leichte autistische Züge hat. Diese Momente kennzeichnen sich durch den Verlust des Bezuges zur Außenwelt. Es bleibt diesbezüglich fraglich, ob der Betroffene einen Appell im Sinne einer Bestrafung oder Beschuldigung beabsichtigt (vgl. ebd. 2008, S.53).

Auch bei den interpersonellen Funktionen dient das SVV zur Gefühlsäußerung. So können auf indirekte Weise Emotionen, wie beispielsweise Angst und Einsamkeit zum Ausdruck gebracht werden. In diesem Fall soll das Umfeld nicht angeklagt werden, sondern wird hier vielmehr der Wunsch nach Zuwendung und Hilfe ersichtlich (vgl. Siebert 2007 S.54).

Dementsprechend ist die Mitteilung eines Selbstverletzungsimpulses „(...) zur Einleitung einer projektiven Identifizierung“ (Sachsse 2008, S.54) sehr wichtig. Dies spielt besonders bei der Interaktion zwischen Arzt und Patient eine Rolle. Der Betroffene sendet durch die Selbstverletzung ein Signal aus, welches einen interpersonellen Prozess auslösen soll.

Dabei agiert er auf zwei verschiedenen Ebenen: Während verbal vermittelt wird, dass er z.B. nicht vorhat, sich stationär behandeln zu lassen, wird nonverbal völlige Hilfsbedürftigkeit ausgedrückt. „Diese gegensätzlichen Mitteilungen erzeugen ihrerseits im Gegenüber gegensätzliche Emotionen“ (Siebert 2007, 54). Dementsprechend wird der innerseelische Konflikt auf zwischenmenschlicher Ebene ausgetragen. Gelingt es dem Gegenüber (z.B. Arzt, Therapeut) nicht den Zwiespalt zu ertragen und aufzulösen, kann dies schlussendlich dazu führen, dass der Betroffene augenscheinlich immer ruhiger wird, während er im Inneren mit seinen destruktiven Impulsen kämpft (vgl. ebd. 2007, S.54).

Außerdem kann SVV als bewusste Provokation an die Außenwelt dienen. Der Betroffene sieht die Verletzung als „(...) einen überlegten und überlegenden masochistischen Triumph“ (Sachsse 2008, S. 53).

Darüber hinaus dient selbstverletzendes Verhalten der Manipulation und Beeinflussung anderer Menschen, besonders wenn es um die Gestaltung von Beziehungen geht. Diese Funktion der Selbstverletzung ist insbesondere im Familien- und Freundeskreis von Bedeutung und wird diesbezüglich als Form der Erpressung eingesetzt, um eine Trennung rückgängig zu machen oder um zuviel Nähe zu vermeiden (vgl. Siebert 2007, S. 55).

Selbstverletzungen können zudem das Ziel verfolgen, Aufmerksamkeit zu erlangen. Diese Motivation ist besonders bei Jugendlichen vorhanden. Sie erlangen eine verstärkte Zuwendung des Fachpersonals und genießen aufgrund dessen innerhalb ihrer Peergroup¹⁸ ein erhöhtes Ansehen (vgl. ebd. 2007, S. 55).

¹⁸ Peergroup: Gruppe von Gleichaltrigen bzw. Gleichgesetzten – Anm. d. Verf.

Als letzte interpersonelle Funktion soll abschließend noch der Aspekt erwähnt werden, dass der Betroffene aufgrund der Selbstverletzung die Möglichkeit erhält in die Rolle des Kranken zu fliehen. Auf diesem Weg kann er sich den sozialen Anforderungen entziehen, denen er sich nicht gewachsen sieht (vgl. Siebert 2007, S.55).

4.4.4 Zusammenfassung

Die vorangegangenen Abschnitte beschäftigten sich mit den verschiedensten Gründen, warum ein Mensch sich selbst verletzt. Dabei wurden die verschiedenen Wirkungen der Handlungen seitens des Betroffenen mit sich und seiner Umwelt betrachtet. An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass die einzelnen Funktionen nicht streng voneinander abgegrenzt auftreten, sondern ineinander übergehen können. Dem Betroffenen selbst muss nicht einmal klar sein, welches Motiv im Vordergrund steht und was das Verhalten auslöst. Diesbezüglich sollte man sich der Tatsache bewusst sein, dass ein und dasselbe Verhalten unterschiedlichen Funktionen dienen kann (vgl. Petermann, Winkel 2005, S. 72).

Des Weiteren sei noch darauf hingewiesen, dass die Selbstverletzung anfänglich keine außenweltbezogene Intention verfolgt. Diese stellt sich erst innerhalb eines Lernprozesses im Laufe der Zeit ein. Es kommt der Zeitpunkt, an dem sich die Verletzungen nicht mehr verheimlichen lassen und das Umfeld damit konfrontiert ist. Reagieren die Außenstehenden mit vermehrter Zuwendung auf den Betroffenen, findet eine positive Verstärkung des Verhaltens statt. Infolgedessen lernt der Betroffene sein Verhalten für seine Zwecke einzusetzen (vgl. Siebert 2007, S. 55). Ich möchte allerdings ergänzen, dass dies nicht immer der Fall ist. Es besteht durchaus die Möglichkeit, dass die Zuwendung dem Betroffenen helfen kann, das selbstverletzende Verhalten einzugrenzen bzw. dass er die notwendige Motivation erhält, sich in therapeutische Behandlung zu begeben.

5 Erklärungsansätze für selbstverletzendes Verhalten

Bisher konnten die Voraussetzungen für die Entstehung und das Erhalten selbstverletzender Verhaltensweisen noch nicht definitiv geklärt werden. In der Fachliteratur werden biologische, lerntheoretische und psychoanalytische Erklärungsmodelle am häufigsten zur Erklärung von SVV herangezogen. Im Folgenden möchte ich die bekanntesten Theorien vorstellen.

5.1 Biologische Erklärungsmodelle

In Verbindung mit der Partizipation biologischer Faktoren an selbstverletzenden Verhalten werden derzeit drei Hypothesen diskutiert: die „Endorphinhypothese“, die „Serotoninhypothese“ und die „Dopaminhypothese“. Die Gemeinsamkeit dieser drei Erklärungsansätze besteht in der Veränderung des Stoffwechsels, welcher die Ursache für die Entstehung und Beibehaltung des selbstverletzenden Verhaltens darstellt (vgl. Siebert 2007, S.38).

5.1.1 Endorphinhypothese

Die so genannte „Endorphinhypothese“ besagt, dass der Körper in Stresssituationen eine erhöhte Menge an Endorphinen produziert. Endorphine sind körpereigene Opiate, die eine beruhigende, aufheiternde und schmerzstillende Wirkung erzeugen. Im Zusammenhang mit selbstverletzenden Verhalten bedeutet dies, dass die Verletzung einen Stressfaktor für den Körper darstellt und deswegen vermehrt Endorphine ausgeschüttet werden. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass durch die stimmungsaufhellende und beruhigende Wirkung der Endorphine das selbstverletzende Verhalten eine positive Verstärkung erfährt. Diesbezüglich wird die Erhöhung des Endorphinsspiegels als eine Konstante des Verhaltens ansehen, mit der sich der Wiederholungscharakter des SVV erklären ließe. Die körpereigenen Opiate besitzen weiterhin ein gewisses Suchtpotenzial, so dass die wiederholte Selbstverletzung u. U. mit Suchtverhalten gleichgesetzt werden könnte. Dies wäre eine weitere Begründung, warum SVV wiederholt auftritt (vgl. ebd. 2007, S.38f.).

5 Erklärungsansätze für selbstverletzendes Verhalten

Aufgrund der schmerzstillenden Wirkung der Endorphine wird darüber hinaus nachvollziehbar, warum die Schmerztoleranz bei SVV-Betroffenen während der Symptomhandlung über eine längere Zeit erhöht wird (vgl. Siebert 2007, S.38f.).

5.1.2 Serotoninhypothese

Ein weiteres biologisches Erklärungsmodell stellt die „Serotoninhypothese“¹⁹ dar, welche sich mit dem Zusammenhang zwischen SVV und einem verminderten Serotoninspiegel im Blut auseinandersetzt. Bereits in Tierexperimenten konnte festgestellt werden, dass ein künstlich erzeugter Mangel an Serotonin zu einer Steigerung aggressiver Verhaltensweisen führt. Dieses Resultat lässt sich auch auf den Menschen übertragen. Eine Funktionsstörung des serotonergen Transmittersystems²⁰ wird daher nicht nur als Ursache für selbstverletzenden Verhaltens diskutiert, sondern auch beispielsweise für Zwangsstörungen, Suizidalität, Aggressivität und Impulsivität. Allgemein ausgedrückt besagt die Hypothese, dass durch einen Serotoninmangel impulsive bzw. zwanghafte Symptome herbeigeführt werden, die wiederum charakteristisch für SVV sind. Die Diskussion um die Auswirkung dieses Botenstoffes bezüglich selbstverletzenden Verhaltens ist bei Weitem noch nicht abgeschlossen. Jedoch ist davon auszugehen, dass die „Serotoninhypothese“ zukünftig noch an Bedeutung gewinnen wird (vgl. Siebert 2007, S.39).

5.1.3 Dopaminhypothese

Des Weiteren wird die sog. „Dopaminhypothese“²¹ zur Erklärung selbstverletzender Verhaltensweisen diskutiert. Diese geht davon aus, dass SVV mit einer Abweichung der Dopaminwerte im Gehirn und einer Übersensibilität der Dopaminrezeptoren im Zusammenhang steht, was zu einer verfälschten Reizübertragung führt.

¹⁹ Serotonin ist ein Gewebshormon und Neurotransmitter, das u. a. im Zentralnervensystem, Herz-Kreislauf-System und Blut vorkommt – Anm. d. Verf.

²⁰ Transmitter: Sender, Überträger – Anm. d. Verf.

²¹ Dopamin ist ein Botenstoff des Gehirns und wird umgangssprachlich als Glückshormon bezeichnet – Anm. d. Verf.

5 Erklärungsansätze für selbstverletzendes Verhalten

Diese Hypothese konnte bisher noch nicht empirisch belegt werden. Sie ist demgemäß als spekulativ zu betrachten und spielt in der Fachdiskussion über biologische Erklärungsmodelle eher eine untergeordnete Rolle (vgl. ebd. 2007, S.39).

5.1.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend sind die biologischen Erklärungsmodelle insofern von Bedeutung, wenn man sich der Tatsache bewusst wird, dass einzelne Aspekte zum besseren Verständnis des SVV beitragen können. An dieser Stelle seien bspw. das verminderte Schmerzempfinden während der Handlung oder der Wiederholungscharakter des Verhaltens genannt. Jedoch scheint es mir zu einseitig, Selbstverletzung nur aufgrund biologischer Ansätze zu erklären. Sicherlich können sie eine Hilfestellung geben, ergänzend hinzugezogen werden oder bei einigen Fragen den entscheidenden Hinweis geben. Allerdings sollten immer auch biographische Faktoren zur Entstehung von SVV in Betracht gezogen werden (vgl. Siebert 2007, S.40).

5.2 Lerntheoretische Erklärungsmodelle

Im Kontrast zu den biologischen Ansätzen, die SVV als Funktionsstörung des Stoffwechsels erklären, geht die Lerntheorie von der Annahme aus, dass selbstverletzendes Verhalten erlernt ist. Derzeit sind besonders die Modelle der operanten Konditionierung, des reaktiven Verhaltens und des Modelllernens in Verbindung mit SVV von Bedeutung (vgl. ebd. 2007, S.40).

5.2.1 Operantes Konditionieren

Das operante Konditionieren zählt zu den behavioristischen Lerntheorien und besagt allgemein formuliert, dass durch positive Verstärkung die Auftrittswahrscheinlichkeit eines bestimmten Verhaltens erhöht und durch negative Verstärkung verringert wird.

5 Erklärungsansätze für selbstverletzendes Verhalten

Daraus resultiert, dass operantes Konditionieren durch die Konsequenzen, die einem Verhalten folgen, definiert wird (vgl. Klosinski 1999, S.90). Anders ausgedrückt ist wiederholtes selbstverletzendes Verhalten ein erlerntes Verhalten, welches durch positive und negative Verstärker beibehalten wird. Bezogen auf SVV bedeutet dies: Der Betroffene erhält nach der Selbstverletzung aus seinem sozialen Umfeld Reaktionen, die im Sinne einer positiven Verstärkung aufzufassen sind. Denn oft erzeugt die Konfrontation mit diesem Verhalten Gefühle wie Besorgnis und Angst. Der Betroffene erhält dementsprechend verstärkt Zuwendung und Aufmerksamkeit seitens seiner Mitmenschen. Das führt wiederum dazu, dass die selbstverletzenden Verhaltensweisen gefestigt werden und somit häufiger auftreten (vgl. Siebert 2007, S.41).

Bei einer negativen Verstärkung wird ein Verhalten häufiger gezeigt, weil dadurch unangenehme Konsequenzen verringert bzw. vermieden werden können. Themenspezifisch bedeutet dies, dass durch die Selbstverletzung ein Vermeidungsverhalten bezweckt und gefestigt wird. Im vorangegangenen Kapitel wurde erwähnt, dass sich die Betroffenen wiederholt selbst verletzen, um sozialen Anforderungen zu entgehen und sich in die Krankenrolle begeben können. Selbstverletzendes Verhalten wäre demzufolge eine sehr wirkungsvolle Möglichkeit, „(...) sowohl die gewünschte Aufmerksamkeit zu erlangen als auch unerwünschten Situationen auszuweichen.“ (Klosinski 1999, S.90).

5.2.2 Frustrations-Aggressions-Hypothese

Darüber hinaus kann Selbstverletzung aus lerntheoretischer Sicht auch als reaktives Verhalten aufgefasst werden, d.h. das Auftreten von SVV orientiert sich im Gegensatz zum operanten Konditionieren nicht an den Konsequenzen, sondern an einem vorausgegangenen Reiz. Laut dieser Hypothese stellt SVV die Reaktion auf einen unangenehmen Reiz dar, wobei die Auftretenswahrscheinlichkeit von speziellen Reizsituationen abhängig ist. Ausgehend von der Frustrations-Aggressions-Hypothese, auf dessen Grundlage sich reaktives Verhalten erklären lässt, entsteht Selbstverletzendes Verhalten demzufolge, wenn Aggressionen bzw. das Ausleben selbiger von der Umwelt gebremst werden.

5 Erklärungsansätze für selbstverletzendes Verhalten

Daraus lässt sich schließen, dass bei der Anwesenheit eines „(...) adäquaten Aggressionsziels (...)“ (Klosinski 1999, S.90) Selbstverletzung eher selten auftritt. Während beim Fehlen einer Aggressionsquelle die Wut in SVV umschlagen kann (vgl. ebd. 1999, S.90). In diesem Sinne könnte selbstverletzendes Verhalten „(...) als eine Form der Ersatzhandlung für eine eigentlich nach außen gerichtete Aggression verstanden werden.“ (Siebert 2007, S.41).

5.2.3 Modelllernen

Des Weiteren kann aus lerntheoretischer Sicht selbstverletzendes Verhalten auf Grundlage des Modelllernens übernommen werden. Dieses von Albert Bandura entworfene Konzept des Beobachtungslernen begründet sich auf der Annahme, dass der Mensch nicht unbedingt einen eigenen Lernprozess erleben muss, um eine Verhaltensweise zu erlernen bzw. eine bereits bestehende zu verändern. Laut dieser Lerntheorie reicht es unter Umständen aus, ein bestimmtes Verhalten bei einer anderen Person zu beobachten. Ob das Verhalten übernommen wird, hängt davon ab, welche Folgen für das Modell (die beobachtete Person) entstehen. Der Anreiz zur Nachahmung ist dementsprechend besonders hoch, wenn das Modell positive Verstärkung erfährt. Dies lässt sich auch auf selbstverletzendes Verhalten übertragen und erklärt vermutlich, weshalb SVV in bestimmten Situationen (z.B. in Kliniken) epidemieartig auftreten kann (vgl. Siebert 2007, S.42).

5.2.4 Zusammenfassung

Anhand der Lerntheorien wird meines Erachtens eine Verbindung zu den Funktionen selbstverletzenden Verhaltens ersichtlich. Diesbezüglich können die lerntheoretischen Erklärungsmodelle, ebenso wie die biologischen Ansätze, hilfreich zum Verständnis einzelner Aspekte des SVV sein. Ich bin jedoch der Meinung, dass die Erklärungsmodelle nicht in der Lage sind, die Entstehung und Bewahrung selbstverletzender Verhaltensweisen ausreichend zu begründen. Ich betrachte demgemäß die Tatsache kritisch, dass pathologische Selbstverletzung als ein erlerntes Verhalten angesehen wird.

5 Erklärungsansätze für selbstverletzendes Verhalten

Darüber hinaus setzen die Lerntheorien meines Erachtens voraus, dass die Betroffenen mit ihrem Verhalten an die Öffentlichkeit gehen und Aufmerksamkeit erreichen wollen. Ich vermute, dass nur die wenigsten Betroffenen den Schritt in die Öffentlichkeit wagen. Allgemein lässt sich festhalten, dass die lerntheoretischen Erklärungsmodelle nur bedingt geeignet sind, um zu verdeutlichen, wie selbstverletzendes Verhalten entsteht.

5.3 Psychoanalytische Erklärungsmodelle

Bezüglich der Entstehung selbstverletzenden Verhaltens wird „in Erweiterung der psychoanalytischen Sicht“ davon ausgegangen, dass die „(...) Hauptursache in den sozialen Beziehungen der Familien- und Kindheitsgeschichte zu suchen ist“ (zit. n. Siebert 2007, S.42). So ist davon auszugehen, dass ein Großteil der Betroffenen in der Kindheit verschiedene traumatische Erlebnisse durchlebt hat. Dabei sind Deprivationserlebnisse²², sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlung die häufigsten Erfahrungen in der Kindheit, welche später zu selbstverletzenden Verhalten führen (vgl. ebd. 2007, S.43).

5.3.1 Deprivationserlebnisse

Der familiäre Hintergrund kann bei vielen Betroffenen als schwierig angesehen werden, wobei bei Personen, die unter leichten Formen des SVV leiden, die familiären Verhältnisse, zumindest nach außen, intakt scheinen. Besonders Betroffene mit einer schweren SVV-Problematik kommen aus einem Umfeld, in dem sie bspw. mit den Folgen von Erwerbslosigkeit, Armut und Alkoholabhängigkeit konfrontiert wurden (vgl. ebd. 2007, S.43).

Viele Personen, die sich selbst verletzen, haben in ihrer Kindheit keine ausreichende Zuwendung von körperlicher und/oder emotionaler Zuwendung bekommen. Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass die Bezugsperson zu sehr auf sich selbst konzentriert war. Dies geschieht infolge einer Substanzabhängigkeit oder einer psychischen Erkrankung (vgl. ebd. 2007, S.43).

²² Deprivation: mangelnde emotionale Zuwendung – Anm. d. Verf.

5 Erklärungsansätze für selbstverletzendes Verhalten

Die Eltern sind in ihrer Rolle überfordert und demzufolge ihrem Kind gegenüber teilnahmslos und distanziert. Deprivationserlebnisse in der frühen Kindheit sind bedeutsam für die spätere Entwicklung. Ein Säugling nimmt seinen Körper als ein fremdes Objekt wahr. Innerhalb eines normalen Entwicklungsverlaufes gelingt es ihm im Laufe der Zeit den Körper als Teil seines Gesamtselbst zu integrieren und dessen Grenzen realistisch einzuschätzen. Darüber hinaus ist das Kind fähig, ein positives Selbstbild aufzubauen und „störende Selbstanteile zu bewältigen“ (Siebert 2007, S.43f.). Es lernt gute und schlechte Selbstanteile in sich zu vereinen. Erhält ein Kind jedoch nur unzureichend Zuwendung und Fürsorge seitens der Mutter kommt es zu einem gestörten Entwicklungsverlauf. Denn die Gefühle, die der Säugling als Störung seines Selbst empfindet (z.B. Hunger, Schmerz), werden nicht beseitigt. Demzufolge besteht seine Objektdifferenzierung nur zwischen gut und böse, d.h. das Kind ist unfähig die positiven und negativen Selbstanteile zu vereinen und entwickelt ein Entweder-oder-Denken. Daraus folgt eine Schwächung des Ich, welches von den eigenen Spannungszuständen überwältigt wird. Resultierend aus der Vernachlässigung können „reifere Abwehrmechanismen“, wie bspw. die Verdrängung, nicht ausreichend ausgebildet werden und der eigene Körper wird ohne Ausnahme als „Quelle unlustvoller Empfindungen und Spannungen“ (zit. n. ebd. 2007, S.44) empfunden. Somit ist der Körper kein Teil des eigenen Selbst und wird als abgespalten wahrgenommen. Sachsse (2008, S.43) fasst dies sehr treffend zusammen: „Im psychoanalytischen Sinne ist der Körperbezug auf einem psychotischen Niveau gestört.“

Eine weitere Erklärung für die Störung der Integration des Körpers in das Gesamtselbst ist die Parentifizierung. Die Kindheit ist hierbei „Selbstobjekt“ der Mutter und dient als Zweck und Mittel zur „Selbststabilisierung und Bedürfnisbefriedigung“ (Siebert 2007, S.44). Dies führt sozusagen zum Rollentausch, der das Kind relativ früh zwingt innerhalb der Familie die Funktion eines Elternteils zu übernehmen.

5 Erklärungsansätze für selbstverletzendes Verhalten

Die Ursache einer solchen Parentifizierung kann z.B. eine psychische Labilität der Mutter sein, die es unmöglich macht, sich im gegebenen Maße um die Entwicklung des Kindes zu kümmern. Somit wird (unbewusst) die Verantwortung an das Kind übertragen, sich um die Mutter zu kümmern.

In diesem Sinne wird der Körper des Kindes seitens der Familie zu anderen Zwecken ge- bzw. missbraucht (vgl. ebd. 2007, S.44). Dem Kind wird es demgemäß erschwert, den Körper als Eigentum zu empfinden und eine eigene gesunde Identität aufzubauen. Dies kann sich über die gesamte Entwicklung hinweg ausweiten. Während in der frühen Kindheit vor allem die Mütter den Körper ihres Kindes aufgrund des Versagens eigener depressiver Ausgleichsmöglichkeiten als „Übergangsobjekt oder wie ein Suchtmittel“ (Sachsse 2008, S. 45) verwenden, werden in der Kindheit und Latenzphase (6. bis 12. Lebensjahr) die Aggressionen beider Elternteile in Form von körperlicher Misshandlung abreagiert. In der Pubertät und Adoleszenz (12. bis 20. Lebensjahr) kann es dazu kommen, dass vor allem die Väter den Körper ihrer Tochter missbrauchen, um sexuelle Befriedigung und narzisstische Bestätigung zu erhalten (vgl. Siebert 2007, S. 45).

5.3.2 Traumatische Einflüsse

Tatsächlich sind viele SVV-Betroffene nicht nur in der frühen Kindheit, sondern auch in späteren Entwicklungsphasen schweren Traumatisierungen ausgesetzt. Ein Großteil von ihnen wird körperlich misshandelt. Innerhalb der Misshandlung kommt es zwischen Eltern und Kind zu einem Machtgefälle, das heißt die Eltern nutzen ihre Autoritäts- und Vertrauensposition aus, um die Gefühle und Rechte ihres Kindes zu missachten. Durch die Gewalteinwirkung, die das Kind wiederholt erfährt, kommt es zu Aggressionsgefühlen gegenüber den Eltern. Jedoch können diese nicht an den Eltern abreagiert werden. Einerseits befürchtet das Kind, dass der Aggressionsabbau eine Bestrafung, in Form eines verstärkten Ausmaßes an Misshandlung, nach sich zieht. Auf der anderen Seite besteht die Angst, dass durch die Äußerung der Gefühle die familiäre Beziehung zusammenbricht.

5 Erklärungsansätze für selbstverletzendes Verhalten

Demzufolge werden die Gefühle über einen längeren Zeitraum unterdrückt. Sie können aber impulsartig hervorbrechen und werden dann gegen sich selbst gerichtet. Ein weiterer Bezug zu selbstverletzenden Verhalten entsteht, da das Kind sich die elterliche Verachtung verinnerlicht. Es kann kein positives Selbstwertgefühl aufbauen und ist der Überzeugung, dieses Verhalten verdient zu haben.

Weiterhin ist eine widersprüchliche Familienatmosphäre von Bedeutung. Die Situationen von Misshandlung wechseln sich mit Momenten der Zuneigung und Zärtlichkeit ab. Das Kind wird verunsichert, denn es weiß nie, wie bestimmte Situationen einzuschätzen sind und das Verhalten der Eltern wird als unberechenbar empfunden. Schlussendlich bleibt noch zu erwähnen, dass nichtsdestotrotz „eine enge Bindung an den mißhandelnden Elternteil“ (zit. n. Siebert 2007, S.46) besteht. Denn die Hoffnung auf Liebe und Zuneigung wird nie aufgegeben (vgl. ebd. 2007, S.46).

5.3.3 Sexualisierte Gewalt

Darüber hinaus sind viele SVV-Betroffene in ihrer Kindheit Opfer von sexuellem Missbrauch geworden. Studien sprechen diesbezüglich von dem Ergebnis, dass „zwischen 33 und 70% der Selbstverletzter sexuell mißbraucht wurden“ (zit. n. ebd. 2007, S.46). Der Missbrauch kann sich auf verschiedene Weisen vollziehen: Entweder indirekt, so dass das Kind ihn für eine „Art von Spiel“ hält oder direkt, welcher mit Gewalteinwirkung erzwungen wird. In beiden Fällen bleiben schwerwiegende psychische Beeinträchtigungen zurück. Besonders schwerwiegend ist die Verarbeitung von Missbrauch, wenn keine haltgebende Eltern-Kind-Beziehung vorhanden ist. Auf längere Sicht wirkt sich der sexuelle Missbrauch in Angststörungen, Sexualstörungen, Selbstwertproblemen und selbstzerstörerischen Verhalten aus. Darüber hinaus entwickelt das Kind unerträgliche Scham- und Schuldgefühle, indem es glaubt selbst für das Geschehene verantwortlich zu sein und sich bestrafen zu müssen. Dieses Denken kann auch noch im Erwachsenenalter vorhanden sein und liefert somit eine mögliche Erklärung für selbstverletzendes Verhalten. Des Weiteren erlebt der Betroffene eine unbewusste Entwicklung vom Opfer zum Täter.

5 Erklärungsansätze für selbstverletzendes Verhalten

Dies bedeutet: Der Betroffene übernimmt die Eigenschaften des Täters und lebt sie an seinem Körper aus. Der Körper steht symbolisch für das hilflose Kind, was sich nicht wehren kann und an dem stellvertretend Rache ausgeübt wird (vgl. ebd. 2007, S.46f.).

5.3.4 Zusammenfassung

Im Hinblick auf die Biographie der Betroffenen lässt sich festhalten, dass sie oftmals von verschiedenen traumatischen Ereignissen geprägt war/ist. Die Missachtung der persönlichen Grenzen führte dazu, dass die Betroffenen nie wirklich ein eigenes Körpergefühl aufbauen konnten. Der Körper wird somit als ein dem Selbst nicht zugehöriges Objekt angesehen. Diese Sichtweise kann bis ins Erwachsenenalter aufrechterhalten werden.

Im Vergleich zu den anderen Erklärungsansätzen scheint mir diese die umfangreichste und schlüssigste. Jedoch sei noch angemerkt, dass nicht jeder Selbstverletzer in seiner Vergangenheit ein oder mehrere Trauma(ta) erlebt haben muss. Ebenso verletzt sich nicht jeder Mensch, der traumatische Erfahrungen gemacht hat, selbst. Zusammenfassend kann also nicht nur von traumatischen Ereignissen als Erklärung für die Entstehung von SVV angeführt werden. Es ist eher von einem Zusammenspiel verschiedener Faktoren auszugehen. Infolge dessen dienen die psychoanalytischen, biologischen und lerntheoretischen Erklärungsansätze zum Verständnis dieses komplexen Themengebietes. Dabei sollten sie meines Erachtens nicht voneinander getrennt, sondern eher als ein „Faktorenbündel“ betrachtet werden, das sich gegenseitig bedingt.

6 Sozialpädagogische Interventionsmöglichkeiten bei selbstverletzenden Verhalten

Durch die intensive Beschäftigung mit selbstverletzenden Verhalten im Verlauf dieser Arbeit wurde ersichtlich, dass es sich um ein Problem handelt, was durch viele Faktoren und Einflüsse bedingt ist und welches aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden kann. Im Folgenden möchte ich deshalb auf den Aspekt der Sozialen Arbeit eingehen und einen Bezug herstellen. Demzufolge werden u. a. die Grundsätze und Handlungsmöglichkeiten Sozialer Arbeit aufgezeigt.

6.1 Grundsätze professioneller Sozialer Arbeit

„Der Gegenstand professioneller sozialer Arbeit ist die Entwicklung, Veränderung und Verbesserung der Handlungsfähigkeit von Menschen in ihrer Umwelt. Die Bewältigung des Alltags kann durch sozialisationsbedingte, materielle, physische, psychische und/oder sozial-strukturelle Bedingungen nicht entwickelt oder eingeschränkt sein.“ (Ackermann 2007, S.96). Einleitend möchte ich auf die Handlungsansätze und Arbeitsleitlinien eingehen.

6.1.1 Die Lebensweltorientierung

Bei der Lebensweltorientierung (nach Thiersch) handelt es sich um das Rahmenkonzept professioneller Sozialer Arbeit, welches sich auf die vorhandenen Lebensverhältnisse der Adressaten bezieht. Dabei werden individuelle, soziale und politische Ressourcen, sowie soziale Netze und lokale/regionale Strukturen berücksichtigt (vgl. ebd. 2007, S.97). Die von Thiersch aufgestellten lebensweltorientierten Struktur- und Handlungsgrundsätze für die soziale Arbeit, welche für das Themengebiet „Selbstverletzendes Verhalten“ von Bedeutung sind, werden im Folgenden konkretisiert.

6 Interventionsmöglichkeiten bei selbstverletzenden Verhalten

Prävention und Einmischung

Prävention als lebensweltorientiertes Prinzip beinhaltet Hilfen, die das Aufkommen von Krisensituationen verhindert. Um dies zu tun ist es erforderlich, individuelle Problemlagen wahrzunehmen und zu bearbeiten.

Aus den gewonnenen Erkenntnissen lassen sich die Forderungen, Möglichkeiten, Konzepte und Methoden entwickeln, welche die Entstehung schwieriger Lebensbedingungen verhindern. Prävention wird nach aktuellen Kategorisierungen folgendermaßen unterschieden:

- Primärprävention, die vor Eintritt einer Krankheit bzw. Störung stattfindet, um eine solche aufgrund verschiedener Maßnahmen zu verhindern.
- Sekundärprävention, die während einer Krankheit/Störung im Frühstadium stattfindet und versucht das Fortschreiten derselbigen durch Früherkennung bzw. –behandlung zu verhindern.
- Tertiärprävention, die die Folgeschäden einer Krankheit/Störung vermeiden bzw. abmildern möchte.

Hierbei fällt auf, dass jegliche Form der Unterstützung sowohl Prävention als auch Intervention sein kann. Darüber hinaus kann zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention unterschieden werden. Verhaltensprävention bezieht sich auf Maßnahmen zur Vorbeugung bezüglich des Verhaltens einzelner Individuen und Gruppen. Während Verhältnisprävention sich auf die Veränderungen in der Umwelt konzentriert. Die soziale Arbeit hat stets die Aufgabe, sich beständig in andere Zuständigkeitsbereiche einzumischen, um ihrem Selbstverständnis und ihrer Anwaltsfunktion (Hilfe für die Klienten/Adressaten) gerecht zu werden. Besonders im Zusammenhang mit gesellschafts- und sozialpolitischen Umweltverhältnissen ist eine Einmischung notwendig (vgl. Ackermann 2007, S.96).

Alltagsorientierung

Lebensweltorientierte soziale Arbeit konzentriert sich an dem Alltag der Betroffenen. Dies bedeutet, dass die Hilfsangebote in die vorhandenen Lebensverhältnisse der Adressaten integriert werden müssen.

6 Interventionsmöglichkeiten bei selbstverletzenden Verhalten

Darüber hinaus ist es wichtig, vorhandene institutionelle, organisatorische und zeitliche Barrieren abzubauen, die den Zugang zu den entsprechenden Hilfsangeboten verhindern. Es sollten somit entgegenkommende, niederschwellige und zugängliche Angebote geschaffen werden (vgl. Ackermann 2007, S.98).

Sozialräumliche Orientierung

Die sozialräumliche Orientierung steht im engen Zusammenhang mit der Alltagsorientierung. Lebensweltorientierte soziale Arbeit sollte ihre Angebote in bereits vorhandene Möglichkeiten einbinden, d.h. die vor Ort befindlichen Heime, Vereine, Tagesstätten etc. nutzen. Wenn ersichtlich wird, dass diese nicht ausreichen, müssen die Fachkräfte für Soziale Arbeit neue Hilfsmöglichkeiten entwickeln. Dezentralisierung und Regionalisierung sollten aufgrund von Planung und Kooperation, unter Berücksichtigung der jeweiligen lokalen und regionalen Bedingungen, die Verbindung in bereits bestehende Strukturen fördern (vgl. ebd. 2007, S.98).

Integration

Die Integration als Leitidee der Lebensweltorientierung hat das Bestreben, „(...) Ausgrenzungen zu verhindern, die Lebenswelt der Betroffenen zu erhalten und an der Veränderung der Bedingungen zu arbeiten.“ (ebd. 2007, S.98). Innerhalb dieses Konzeptes werden Probleme generell nicht als Defizite oder Eigenverschulden aufgefasst. Deswegen ist es nicht von Nutzen, personenzentrierte Angebote anzubieten oder die Betroffenen aus ihrer Lebenswelt herauszunehmen. Um eine Ausgrenzung zu verhindern, sollten Angebote und Hilfen so gestaltet werden, dass die Integration in ein normales Umfeld möglich ist (vgl. ebd. 2007, S.98).

Partizipation

Das Grundprinzip der Partizipation²³ ist, dass der Mensch sich als jemand erlebt und einschätzt, der sein eigenes Leben selbst gestalten und Einfluss darauf nehmen kann.

²³ Partizipation: Teilhabe, Teilnahme, Beteiligung – Anm. d. Verf.

6 Interventionsmöglichkeiten bei selbstverletzenden Verhalten

Der Betroffene sollte somit die Möglichkeit eingeräumt bekommen, seine „Strategien zur Lebensbewältigung“ mitzuentwickeln. Dabei stehen „(...) die Anliegen, Bedürfnisse und Zielvorstellungen der Adressaten sowie ihre persönliche Kompetenzen und Mittel (...)“ (Ackermann 2007, S.98) im Kern der Betrachtung. Diesbezüglich ist sowohl die Kooperation zwischen den Betroffenen und Professionellen als auch zwischen Professionellen und ehrenamtlichen Helfern unverzichtbar. Nur dadurch kann Partizipation auf allen Ebenen funktionieren.

6.1.2 Empowerment

Im Rahmen professioneller sozialer Arbeit bildet Empowerment²⁴ einen Ansatz ressourcenorientierter Intervention und geht davon aus, dass die Fähigkeit und Möglichkeit des Menschen sein Leben selbst zu bestimmen eine wichtige Voraussetzung für körperliches und seelisches Wohlbefinden ist und „(...) viele Fähigkeiten beim Menschen bereits vorhanden sind“. (ebd. 2007, S.102) Demnach bezeichnet Empowerment Strategien und Maßnahmen, welche den Grad an Autonomie und Selbstbestimmung erhöhen. Deshalb setzt dieses Konzept an den vorhandenen Ressourcen und Potentialen eines Menschen an. Ziel ist es, durch die Herstellung von Möglichkeiten, die Fähigkeit zur Selbstgestaltung des Lebens zu fördern und eigenverantwortlich zu gestalten (vgl. ebd. 2007, S.102). Sozialpädagogen können Empowermentprozesse in Gang bringen, begleiten und unterstützen. Innerhalb des Prozesses entwickelt sich ein starkes und positives Gefühl des „in-der-Welt-sein“ und darüber hinaus bestimmte „Fähigkeiten, Strategien und Ressourcen, um aktiv und gezielt individuelle und gemeinschaftliche Ziele zu erreichen“ (zit. n. ebd. 2007, S.103). Empowerment findet auf institutioneller, individueller und gruppenbezogener Ebene statt. Die Sozialarbeit erfüllt diesbezüglich die Funktion einer koordinierenden und vermittelnden Unterstützung im unmittelbaren Zusammenwirken mit den Betroffenen.

²⁴ Empowerment: aus dem Englischen wörtlich übersetzt bedeutet „Ermächtigung“ oder „Bevollmächtigung“ – Anm. d. Verf.

6 Interventionsmöglichkeiten bei selbstverletzenden Verhalten

Die beschriebenen Grundsätze der sozialen Arbeit stellen zusammenfassend hohe Ansprüche an die Sozialpädagogen. Zur Realisierung dieser ist das Einwirken von institutionellen und politischen Bedingungen notwendig, um eine Grundlage für die Arbeit zu schaffen.

6.2 Konsequenzen für die Soziale Arbeit in Verbindung mit selbstverletzenden Verhalten

Nach der umfangreichen Auseinandersetzung mit der Thematik „Selbstverletzung“ werde ich im Folgenden auf die Konsequenzen und Unterstützungsmöglichkeiten, basierend auf den beschriebenen Grundsätzen, eingehen. Demnach werden Formen einer Begleitung durch soziale Arbeit sowie Möglichkeiten für Betroffene aufgezeigt.

6.2.1 Elemente der Begleitung durch die Soziale Arbeit

Einleitend möchte ich anmerken, dass im Internet ein breites Spektrum an Möglichkeiten existiert, welches Alternativen²⁵ zur Selbstverletzung anführt. Einige der Strategien sind allerdings von anderen Personen abhängig, deren Unterstützungsfunktion ich später thematisiere. Personenungebundene Alternativen sind z.B. Malen, Tagebuch schreiben, Sport betreiben oder ein Bad nehmen. Diese Möglichkeiten erfüllen das Ziel, den Gedanken sich selbst zu verletzen in eine andere Richtung zu lenken und eine positive Wahrnehmung für den eigenen Körper herzustellen.²⁶

Auf lange Sicht gesehen, ist der Umgang mit Gefühlen bedeutsam (siehe Kapitel 4.4). Es handelt sich hierbei um das Finden anderer Möglichkeiten, den inneren Schmerz auszudrücken sowie die Gefühle wahrzunehmen und auch Wut und Ärger zu zeigen. Dahin gehend ist der Aufbau eines stabilen Selbstwertgefühls von Bedeutung. Diese Notwendigkeit geht aus den „Dimensionen der Lebensbewältigung“ (Ackermann 2007, S.105) hervor.

²⁵ Siehe z.B. www.rotetraenen.de oder www.rotelinien.de; zudem kann sich mit Betroffenen ausgetauscht werden; es existieren Literaturhinweise und Verweise zu Anlaufstellen.

²⁶ Vgl. <http://rotelinien.de/alternativen.html>, verfügbar am 7.2.2010.

6 Interventionsmöglichkeiten bei selbstverletzenden Verhalten

Die Hinleitung zu den persönlichen Ressourcen der Betroffenen verdeutlicht ihnen, dass sie viele Eigenschaften haben, auf die sie stolz sein können. Eine Selbstverletzung schließt auch die Intention mit ein, etwas Verborgenes „offen legen“ zu wollen.

So ist es für Menschen mit selbstverletzenden Verhalten mitunter hilfreich, sich mit dem „System“ der Selbstverletzung zu beschäftigen, um Zuständen der „ (...) Dissoziation und der damit verbundenen Handlungsunfähigkeit nicht mehr ausgeliefert (...) [zu sein sowie] die Situation einschätzen zu können.“ (Ackermann 2007, S.105). Darüber hinaus kann es förderlich sein, die Betroffenen nach ihren Gefühlen vor und nach der Selbstverletzung und den Motivationshintergrund zu fragen (vgl. ebd. 2007, S.105).

Des Weiteren spielen soziale/kollektive Bewältigungsmöglichkeiten bei der Begleitung von Menschen mit selbstverletzenden Verhalten eine wichtige Rolle. So können in Krisensituationen, z.B. Telefonate oder andere Möglichkeiten, nicht alleine sein zu müssen (Besuch einer Freundin/eines Freundes; Internet-chat) zur Überbrückung bedeutsam sein. Allerdings muss hier eine vertrauensvolle Beziehung zu der entsprechenden Person bestehen. Der Betroffene muss das Gefühl haben, dass die Person mit dem kritischen Zustand zurechtkommt und er sich verletzlich zeigen kann. Diesbezüglich kann es die Aufgabe der Sozialen Arbeit sein, den Betroffenen dabei zu unterstützen, „(...) eigene (primäre) soziale Netzwerke aus- und aufzubauen – Beziehungen einzugehen und diese aufrechtzuerhalten – sowie die Integration in sekundäre Netzwerke (...)“ (ebd. 2007, S.105) zu ermöglichen. Ein Beispiel dafür wären Selbsthilfegruppen. Das tertiäre Netzwerk bilden die Sozialpädagogen in ihrer Funktion als professionelle Helfer.

Die beschriebenen Netzwerke sind unerlässlich, wenn eine langfristige Veränderung des Verhaltens das Ziel ist. Sie können sozialen Rückhalt geben und Erfolgserlebnisse verschaffen. Bei Menschen mit selbstverletzenden Verhalten sind Beziehungen von unterschiedlicher Intensität und Nähe wichtig.

6 Interventionsmöglichkeiten bei selbstverletzenden Verhalten

Dies bedeutet: Sie brauchen jemanden, dem sie sich zum einen in einer Krisensituation anvertrauen und zum anderen „Normalität“ erleben können. Es bedeutet für die Betroffenen einen enormen Kraftaufwand, ihre gewohnte Bewältigungsstrategie (in Form von Selbstverletzung) zu verändern. Denn nur so können sie eine Vorstellung gewinnen, dass es ein Leben gibt, für das es sich zu leben lohnt. Insofern sind die sozialen Netzwerke von primärer Bedeutung, denn anfangs wird die Kraft zur Veränderung eher für eine andere Person oder für die Teilnahme am sozialen Leben aufgebracht, bevor es für die eigene Person geschieht. Diesbezüglich können soziale Netzwerke behilflich sein, den Teufelskreis der Selbstverletzung zu durchbrechen (vgl. Ackermann 2007, S.106).

Bei der Begleitung von Menschen, die sich selbst verletzen, ist es unerlässlich, den Körper mit einzubeziehen, denn seine positive Wahrnehmung und Bedeutung bei der Selbstverletzung sind wichtig, um dieselbige zu bewältigen. Hierbei können körperorientierte Methoden (z.B. Sport, Yoga, Meditation) behilflich sein. Besonders in Dissoziationszuständen ist Körperkontakt förderlich, um sich selbst wahrzunehmen (vgl. ebd. 2007, S.106).

Eine weitere Möglichkeit der Begleitung ist die Hilfe bei der Alltagsbewältigung. Dabei werden gemeinsam mit den Betroffenen (Partizipation siehe 6.1.1) Perspektiven und Wünsche für ihr Leben entwickelt. Sie werden unterstützt, eigene Entscheidungen zu treffen und umzusetzen. Dabei könnte Inhalt sein: die Schule, die Berufswahl, die eigene Wohnung oder der Wunsch, einen Kontakt zu knüpfen. Solch eine Hilfe bei der Alltagsbewältigung findet zum Beispiel bei einem Übergang von einer stationären Therapie in den Alltag statt (vgl. ebd. 2007, S.107).

Aus der Partizipation der Betroffenen lässt sich schlussfolgern, dass trotz der aufgeführten Ansätze, eine individuelle Fallarbeit mit ihnen durchgeführt werden muss. Dazu bedarf es der Entwicklung eines Handlungskonzeptes, welches auf einer Situationsanalyse und fachlichen Einschätzung basiert und dessen Umsetzung die individuelle Lage der Betroffenen und ihre Ressourcen berücksichtigt (vgl. Ackermann 2007, S.107).

6.2.2 Angebote Sozialer Arbeit für Menschen mit selbstverletzenden Verhalten

Schlussfolgernd aus den Elementen der Begleitung ergibt sich ein konkreter Bedarf an Angeboten für die Betroffenen. Durch die Forderung nach Integration, die Gefahr von Milieubildung und der Tatsache langer Wartezeiten in spezifischen stationären Angeboten²⁷ entsteht ein konkreter Bedarf an ambulanten Hilfsmöglichkeiten für die Adressaten. Diese sollten „(...) im Sinne der Alltagsorientierung niederschwellig und ohne monatelange Wartezeiten zugänglich (...)“ (Ackermann 2007, S.108) sein.

Bei Beratungsangeboten muss man sich der Tatsache bewusst sein, dass sich die Betroffenen erst relativ spät Hilfe suchen bzw. „(...) bei einer Weitervermittlung oft nicht ankommen.“ (ebd. 2007, S. 108). Innerhalb der Beratung können Betroffene feststellen, dass ihnen dieses Angebot nicht reicht. In diesem Sinne könnte eine ambulante Beratung auch eine Vorbereitung für eine stationäre Therapie sein. Zudem ist wichtig, wo dieses ambulante Angebot stattfindet. Resultierend aus der beschriebenen alltäglichen und sozialräumlichen Orientierung ist zu berücksichtigen, dass die Verteilung der Angebote und das Wissen über deren Existenz nicht nur im städtischen Bereich stattfindet. Darüber hinaus können bestehende Angebote ausgebaut werden und somit auch für Menschen mit selbstverletzenden Verhalten von Bedeutung sein. So kann z.B. die Telefonseelsorge als „Krisentelefon“ für Menschen fungieren, die keine primäre Bezugsperson haben. Somit könnte es für sie hilfreich sein, bei der Überwindung einer akuten Phase, in der sie das Bedürfnis haben sich selbst zu verletzen. Damit dies funktioniert, müssen die Betroffenen darauf aufmerksam gemacht werden, dass dieses Angebot existiert und dass es in Ordnung ist, diese Hilfe anzunehmen. Vorhandene Vorurteile und Hemmungen sollten bei den Betroffenen im Vorfeld abgebaut werden (vgl. ebd. 2007, S.108f.).

²⁷ Tatsächlich ist es so, dass es eine sehr lange Warteliste für die Aufnahme in die stationäre Behandlung gibt. Die Dauer für die Aufnahme einer Probebehandlung wird auf 2 Jahre geschätzt (vgl. Ackermann 2007, S.108).

6.2.3 Themenübergreifende Handlungsnotwendigkeiten der Sozialen Arbeit

Im Sinne einer Sekundärprävention, ist es notwendig, entsprechende Unterstützungsangebote offen und gut verständlich zu gestalten. Es gilt hierbei zu verhindern, dass Menschen mit selbstverletzenden Verhalten auf die bewährte Bewältigungsstrategie zurückgreifen. Sekundärprävention setzt im Frühstadium ein. Wenn Selbstverletzung die Funktion eines Hilferufs hat, ist meist schon frühzeitig ersichtlich, dass Betroffene Probleme haben, die sie nicht allein bewältigen können (vgl. Ackermann 2007, S. 111). Dies bezieht sich auch schon auf die Schulsozialarbeit, die beim Feststellen und in Angriff nehmen der Thematik von Bedeutung sein kann.

In der Epidemiologie (siehe Kapitel 4.1) wurde bereits darauf hingewiesen, dass vor allem Frauen von selbstverletzenden Verhalten betroffen sind. Diesbezüglich ergeben sich wichtige Ansatzpunkte auf der gesellschaftlichen Ebene. Anfänglich sollte innerhalb und außerhalb der Familie der positive Umgang mit Gefühlen, die Veränderung der Geschlechtsstereotypen²⁸ und die Unabhängigkeit junger Frauen gefördert werden. In einer von Übergängen geprägten Lebensphase²⁹ können offene Angebote einen festen Bezugsrahmen zur sozialen Unterstützung und zum Rückhalt geben. In den Institutionen, die sich während dieser Lebensphase verändern, sollte daher als Voraussetzung eine grundlegende Konstanz vorhanden sein (vgl. ebd. 2007, S. 112).

Abschließend ist noch Öffentlichkeitsarbeit über das selbstverletzende Verhalten von großer Bedeutung. Mit ihr kann es ermöglicht werden, Akzeptanz und Offenheit gegenüber psychischen Problem innerhalb der Gesellschaft zu bewirken und somit eine Umgangsweise zu erreichen, die für körperliche Krankheiten bereits existiert (vgl. ebd. 2007, S.113).

²⁸ Im Sinne von „typisch weiblich“ und „typisch männlich“ – Anm. d. Verf..

²⁹ Altersgruppe der 16 bis 30 Jährigen – Anm. d. Verf.

6.2.4 Möglichkeiten der Selbsthilfe

Selbsthilfegruppen

Innerhalb einer Selbsthilfegruppe können die Betroffenen ihr Wissen, ihre Gefühle und Erfahrungen über das selbstverletzende Verhalten austauschen. Die Betroffenen schenken sich gegenseitig Zuwendung, Aufmerksamkeit und Unterstützung. Dies kann ein erster Schritt sein, um Selbstverletzung als Bewältigungsstrategie abzubauen.

Viele Betroffenen haben „(...) bei konventionellen Behandlungen und/oder in den normalen medizinischen Einrichtungen unangenehme oder unbefriedigende Erfahrungen gemacht.“ (Smith et al. 2001, S.91). Daher ist es verständlich, dass sich die Betroffenen an Selbsthilfegruppen wenden, denn deren Unterstützung reicht für manche aus. Allerdings ist allgemein betrachtet eine Kombination aus Therapie und Selbsthilfegruppe ideal.

Eine Selbsthilfegruppe bietet eine Vielzahl von Hilfsangeboten an:

- „telefonische Unterstützung
- wöchentliche Treffen
- Unterstützung durch andere Gruppenmitglieder
- Beratung
- ein geschützter Ort, um über sich selbst zu sprechen
- Rundbriefe, Arbeitsblätter und Poesie
- Begleitung zur Notaufnahme
- Rechtsberatung
- Verständnis
- neue Freundschaften“ (Smith et al. 2001, S.92f.)

Die meisten Betroffenen finden den Weg in eine Selbsthilfegruppe durch Ärzte und Psychologen. Wenn in jener konzentriert und aktiv gearbeitet wird, bekommt man nicht nur Unterstützung und Hilfe zur Selbsthilfe, sondern kann auch neue Kontakte und eventuell neue Freundschaften knüpfen (vgl. ebd. 2001, S.96).

6 Interventionsmöglichkeiten bei selbstverletzenden Verhalten

Notruftelefone

Notruftelefone können eine Alternative zu Selbsthilfegruppen sein, wenn Betroffene Hemmungen haben vor anderen über ihre Gefühle zu sprechen oder die nächste Selbsthilfegruppe zu weit entfernt ist. Gewöhnlich werden diese von Betroffenen organisiert. Besonders in Krisensituationen kann das von Vorteil sein: Man erreicht schnell jemanden, wenn tatsächlich ein Gespräch gebraucht wird. Manchmal kann es schon reichen über seine Gefühle vor der Verletzung zu reden, um diese zu verhindern (vgl. Smith et al. 2001, S.97). Notruftelefone bieten einen weiteren Vorteil: Für viele Betroffene ist es schwer, persönlich über ihre Selbstverletzung zu reden. Deswegen ist es für manche einfacher, ohne nonverbale Signale des Gegenübers und anonym, ihr Problem zu äußern. Des Weiteren können sie das Telefonat beenden, wann immer sie wollen. Dies gibt ihnen die Sicherheit, die Situation vollständig unter Kontrolle zu haben.

Ein Nachteil der Notruftelefone liegt darin, dass sie nicht rund um die Uhr zur Verfügung stehen. Dies kann in einer Krisensituation belastend für den Betroffenen sein und dazu führen, dass der Impuls zur Selbstverletzung verstärkt wird. Es kann ein Gefühl von Zurückweisung entstehen, wenn man Hilfe sucht und keine bekommt (vgl. ebd. 2001, S.97f.).

Internet

Bereits im Kapitel 6.2.1 habe ich darauf hingewiesen, dass Internetseiten existieren, die einem Betroffenen Ratschläge, Unterstützung und Alternativen bei selbstverletzenden Verhalten geben können. Ähnlich wie bei Notruftelefonen kann auch hier relativ schnell und anonym Kontakt zu anderen Betroffenen aufgenommen werden, z.B. in Foren. Es reicht schon aus, den Begriff „Selbstverletzung“ in eine Internetsuchmaschine (z.B. www.google.de) einzugeben, um an entsprechende Hilfeseiten weitergeleitet zu werden.

Selbstverarztung

Für Menschen, die sich selbst verletzen, ist es überlebenswichtig zu wissen, wie sie ihre Wunden versorgen. Darüber hinaus sollte der Betroffene einschätzen können, ob die Verletzung ärztlicher Hilfe bedarf oder nicht.

6 Interventionsmöglichkeiten bei selbstverletzenden Verhalten

An dieser Stelle möchte ich noch einmal darauf hinweisen, dass es von großem Vorteil ist, eine Bezugsperson zu haben, die im Notfall angerufen werden und der man die Organisation medizinischer Hilfe übertragen kann. Viele Betroffene haben die Dinge, die sie zur Wundversorgung brauchen immer in ihrer Nähe. Für Außenstehende mag dies jetzt unverständlich klingen: Die Verletzung der Wunde gehört, wie die Verletzung an sich, zu einem Ritual, dass die Betroffenen über Jahre entwickelt haben. Ich habe bereits im Kapitel 4.4.2 (Re-Inszenierung von Trauma) beschrieben, dass sich die Betroffenen nach der Verletzung sorgsam und gewissenhaft um die Wunde kümmern. Diese Art der eigenen Fürsorge ist ein wichtiger Schritt zur Heilung.

6.2.5 Zusammenfassung

Die beschriebenen Grund- und Handlungsansätze lassen sich folgendermaßen zusammenfassen (vgl. Ackermann 2007, S.114f.):

- Eine wichtige Aufgabe der Sozialen Arbeit ist es, die Betroffenen beim Aufbau sozialer Netze zu unterstützen. Darüber hinaus ist es von Bedeutung, persönliche Bewältigungsstrategien in Form von Alternativen zu fördern und auf langfristiger Ebene den konstruktiven Umgang mit Gefühlen zu unterstützen und zu begleiten.
- Die Angebote im ambulanten Bereich müssen ausgebaut sowie deren Ansiedlung und Finanzierung geklärt werden. Dies erfordert folglich eine sozialpolitische Einmischung.
- Die umfassende Betrachtung der Selbstverletzungsthematik ergibt zudem einen allgemeinen Bedarf an Hilfen für Betroffene (im Sinne einer Sekundärprävention) und eine Veränderung bezüglich der Auffassung von psychischen Problemen.
- Bereits bestehende Handlungsfelder der Sozialen Arbeit, wie bspw. die Schulsozialarbeit können als Primärprävention aufgefasst werden und verdeutlichen die Notwendigkeit eines Ausbaus dieser Angebote.

7 Schlusswort

Menschen, die sich selbst verletzen stoßen mit ihrem Verhalten bei Außenstehenden oft auf Unverständnis, Hilflosigkeit, Ekel und/oder Überforderung. Dies ist allerdings nur eine Auswahl an Reaktionen des Umfeldes. Fest steht: Selbstverletzung ist für viele nicht nachvollziehbar und greifbar. Dennoch ist diese Thematik meines Erachtens mit Stigmatisierungen belegt. Dies passiert vermutlich aufgrund von Unsicherheit, Medienwirkung und fehlender themenspezifischer Aufklärung. Aber auch in medizinischen und therapeutischen Kreisen ist das Themengebiet des selbstverletzenden Verhaltens noch nicht ausreichend untersucht. So ist es nicht verwunderlich, dass Selbstverletzung mit Borderline gleichgesetzt wird. Jedoch ist es ein charakteristisches, aber nicht spezifisches Kriterium bei der Diagnose von Borderline (siehe Kapitel 1.7).

Darüber hinaus hilft es SVV nachzuvollziehen, wenn man sich der Tatsache bewusst wird, dass es sich nicht um ein Phänomen der Neuzeit handelt und, im Rahmen von Kultur und Religion, auf eine lange Tradition zurückblickt. Selbstverletzung ist heutzutage ein Teil des gesellschaftlichen Lebens – Piercings und Tattoos erregen mittlerweile kaum mehr Aufsehen. Doch sollte man nicht vergessen, dass es sich auch hier um Beschädigungen des eigenen Körpers handelt. Wenn dies bewusst wird, erscheint pathologische Selbstverletzung in einem anderen Licht und ist demzufolge weniger weit vom „Normalverhalten“ entfernt und somit auch verständlicher. Es war mir wichtig diesen Aspekt in meiner Arbeit zu erläutern, denn ich wollte Selbstverletzung aus einem anderen Blickwinkel betrachten und ihr diesbezüglich etwas von dem „Krankhaften“ nehmen.

Mein Hauptaugenmerk lag nichtsdestotrotz bei Selbstverletzung unter dem Krankheitsaspekt. Dieser Themenkomplex zeigte, dass sich Selbstverletzung von anderen Erkrankungen und vor allem vom Suizid abgrenzen lässt. Zudem wurde verdeutlicht, dass junge Frauen besonders häufig von Selbstverletzung betroffen sind.

Insgesamt wurde ein ausführlicher Überblick über die Formen, Funktionen und Zuordnung selbstverletzenden Verhaltens gegeben. In der überwiegenden Zahl handelt es sich bei den Selbstverletzungen um Schnitte in Arme und Beine, die nicht sehr tief sind und keiner ärztlichen Versorgung bedürfen. Die Verletzung dient oftmals als Spiegelbild der Seele und insofern lässt sich ein Zusammenhang zwischen der Schwere der Beschädigung und dem Ausmaß der psychischen Störung herstellen. Des Weiteren wurde verdeutlicht, dass SVV nicht als eine eigenständige psychische Erkrankung betrachtet werden kann und immer in Verbindung mit einer psychischen Störung auftritt. Zudem konnte geklärt werden, dass es sich bei selbstverletzenden Verhalten mehr um eine Störung der Impulskontrolle als um eine Suchterkrankung handelt. Jedoch ist nicht auszuschließen, dass SVV Suchtcharakter besitzt.

Die Auseinandersetzung mit den Erklärungsansätzen führte zu dem Ergebnis, dass sich Selbstverletzung nicht durch eine Ursache allein klären lässt. Man sollte vielmehr von einem „Faktorenbündel“ (biografische, biologische und erziehungsbedingte Ursachen) zur Entstehung von SVV ausgehen.

Abschließend wurde durch den Bezug zur Sozialen Arbeit verdeutlicht, dass eine dringende Notwendigkeit besteht diese Thematik auszubauen. Das wichtigste, was eine Fachkraft in der Sozialen Arbeit tun kann, ist den Betroffenen bei Alternativen der Bewältigung zur Seite zu stehen und ihm einen Weg zurück in den Alltag zu ermöglichen. Des Weiteren ist die Hilfe beim Aufbau eines sozialen Netzwerkes von Bedeutung.

Zu Beginn dieser Arbeit wurden viele Fragen aufgeworfen. Meines Erachtens konnte ich diese beantworten und einen sehr umfangreichen Überblick über die Thematik des selbstverletzenden Verhaltens und der Borderline-Persönlichkeitsstörung geben. Ich finde, mir ist es gelungen, SVV auch für Außenstehende verständlicher und greifbarer darzustellen.

Ich möchte noch nachträglich anmerken, dass ich innerhalb meiner Arbeit bewusst auf geschlechterspezifische Bezeichnungen verzichtet habe, denn es existiert auch ein Anteil an betroffenen Männern.

Es bleibt mir zum Schluss nur noch anzumerken, dass ich hoffe, dass das Thema „Selbstverletzendes Verhalten“ zukünftig mit weniger Abscheu und Hilflosigkeit betrachtet wird. Die Betroffenen sind normale Menschen mit Hoffnungen, Träumen, Ängsten und Gefühlen. Das Einzige, was sie unterscheidet ist, dass sie selbige nur anders ausdrücken.

Literaturverzeichnis

A

Ackermann, Stefanie (2007): Selbstverletzung als Bewältigungshandeln junger Frauen. 3.Auflage. Mabuse-Verlag.

B

Bohus, Martin, Schmahl, Christian (2006): Borderline-Persönlichkeitsstörung – Diagnostik, Epidemiologie, Verlauf und Psychopathologie. Kapitel 7. http://www.schattauer.de/fileadmin/assets/buecher/Musterseiten/978-3-7945-2411-2_kap7.pdf, verfügbar am 19.01.2010.

C

CID – Christliche Internet Dienst GmbH (1996): Die Bibel. Lutherbibel 1912. <http://www.bibel-online.net/buch/41.markus/>, Verfügbar am 07.01.2010.

D

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP). <http://www.dgkjp.de>, verfügbar am 03.11.2009.

Digital Signs – Haenel & Melzer GbR (2006): Selbstverletzendes Verhalten im Rahmen der posttraumatischen Belastungsstörung.

<http://verstecktescham.de/svv/diagnosen/posttraumatisches>, verfügbar am 07.12.2009.

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (2008): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien. 6. vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

G

Galuske, Michael (2005): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 6.Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag.

H

Hawton, Keith, Rodham, Karen, Evans, Emma (2008): Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität bei Jugendlichen. Risikofaktoren, Selbsthilfe und Prävention. Bern: Verlag Hans Huber.

Hobmair, Hermann (Hrsg.) (2005): Pädagogik/Psychologie für die berufliche Oberstufe. Band1. 2.Auflage. Troisdorf: Bildungsverlag EINS GmbH.

K

Klosinski, Gunther (1999): Wenn Kinder Hand an sich legen. Selbstzerstörerisches Verhalten bei Kindern und Jugendlichen. München: Beck'sche Verlagsbuchhandlung.

Knuf, Andreas, Tilly, Christiane (2004): Borderline: Das Selbsthilfebuch. 1.Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag gGmbH.

Kreisman, Jerold J., Straus, Hal (2005): Ich hasse dich- verlass mich nicht. Die schwarzweiße Welt der Borderline-Persönlichkeit. 16. Auflage. München: Kösel-Verlag GmbH & Co.

Kreusel, Monika (2006): Borderline. <http://www.blumenwiesen.org/borderline-praevalenz.html>, verfügbar am 19.01.2010.

L

Leonhardt, Katja (2001): Borderline-Störung. Prävalenz der Borderline-Erkrankung. <http://www.borderline-stoerung.de/4.Praevalenz.htm>, verfügbar am 19.01.2010.

Levenkron, Steven (2004): Der Schmerz sitzt tiefer. Selbstverletzung verstehen und überwinden. 2. Auflage. München: Kösel-Verlag GmbH & Co.

Lieb, K. Prof. Dr. med. (2004): Borderline-Persönlichkeitsstörungen: Epidemiologie, Ätiologie und Therapie.

<http://www.suchtpsychologie.de/documents/Prof.Lieb.pdf>,
verfügbar am 19.01.2010.

Luckhardt, Miriam (2009): Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Definition, Symptome, Risikogruppen und Neurophysiologie.

http://psychologie.suite101.de/article.cfm/posttraumatische_belastungsstoerung_ptbs, verfügbar am 07.12.2009.

M

May, Angela (2009): Selbstverletzendes Verhalten.

<http://www.praevention.org/selbstverletzung.htm>, verfügbar am 07.12.2009.

Mertz, Erik J. (2000): Borderline. Weder tot noch lebendig. Einzelheiten aus der subtilen Hölle des neuen Menschen. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

Möhlenkamp, Gerd (2005): Was ist eine Borderline-Störung? Antworten Auf die wichtigsten Fragen. 2.Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

N

Niklewski, G., Niklewski, R. R. (2006): Leben mit einer Borderline-Störung. Ein Ratgeber für Betroffene, ihre Partner und Familien. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: TRIAS Verlag.

P

Petermann, Franz, Winkel, Sandra (2005): Selbstverletzendes Verhalten. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

S

Sachsse, Ulrich (2008): Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik-Psychotherapie. Das Trauma, die Dissoziation und die Behandlung. 7.Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Houben, I. (2003): Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV-TR. 3.Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Schäfer, Ulrike, Rüther, Eckart, Sachsse, Ulrich (2007): Borderline-Störungen. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. 2.Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Siebert, Katharina (2007): Selbstverletzung als Krankheit. Symptome, Hintergründe, Therapie. Saarbrücken: Verlag Dr. Müller.

Smith, Gerrilyn, Cox, Dee, Saradjian (2001): Selbstverletzung. Ein Ratgeber für betroffene Frauen und ihre Angehörigen. Stuttgart-Zürich: Kreuz Verlag.

Erklärung zur selbstständigen Anfertigung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Chemnitz, 09.02.2010

Jana Kirchberg